Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 2 Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction: Karlstrasse 8. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 12. — Für Inserate und Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Dr. Bollinger, München. Dr. Heineke, Erlangen. Dr. G. Merkel, Nürnberg. Dr. Michel, Würzburg. Dr. H. v. Ranke, München. Dr. v. Schleiss, München. Dr. Seitz, München. Dr. Winckel. München.

№ 46. 17. November. 1891. Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 8. Verlag: J. F. Lehmann, Landwehrstr. 12. 38. Jahrgang.

Originalien.

Ueber Scorbut im Säuglingsalter.[1])

Von Prof. Dr. *Pott.*

Als hämorrhagische Diathesen pflegen wir eine Reihe verschiedener Krankheitszustände zu bezeichnen, denen eine grosse Neigung zu spontanen, seltener traumatischen Blutungen zu Grunde liegt. Das Trauma ist an und für sich gewöhnlich sehr unbedeutend und entspricht in keiner Weise dem Umfange und der Gefährlichkeit der danach erfolgenden Blutung. Für das Kindesalter sind die hämorrhagischen Diathesen von weit grösserer Bedeutung, als für Erwachsene. Nicht selten giebt die unstillbare Blutung die directe Todesursache ab. Dies gilt nicht bloss für die habituelle Hämophilie, sondern auch für die transitorischen Formen derselben. Nach Grandidiers Zusammenstellung verbluteten sich unter 212 Mitgliedern notorischer Bluterfamilien bis zum Ende des 1. Lebensjahres 29, bis zum 7. Lebensjahre, mehr als die Hälfte, nämlich 121. Die Prognose der transitorischen Hämophilie der Neugeborenen ist eine noch weit ungünstigere. Von 527 Fällen, welche P. Kruse in seiner Inaugural-Dissertation (Leipzig 1886) auf meine Veranlassung zusammengestellt hat, verliefen 416 tödtlich, bei 13 war der Ausgang nicht angegeben. Letztere abgerechnet, ergiebt eine Mortalität von 81 Proc. Ist auch der Blutverlust nicht immer die alleinige Todesursache, sondern kommt eine Anzahl von Fällen auf Rechnung der vorliegenden Allgemeinerkrankung (Syphilis, Septicämie, acute Fettentartung der Neugeborenen etc.), so geben doch auch solche Fälle, in welchen keine Allgemeinerkrankung nachweisbar war, keine erheblich bessere Mortalität. Von 15 Patienten starben 10! Sicherlich verblutet ein Kind unter gleichen Bedingungen leichter, als ein Erwachsener, aber sowohl bei der habituellen, wie bei der transitorischen Hämophilie scheint ein noch weit geringerer Blutverlust zu genügen, als beim Gesunden, um einen tödtlichen Ausgang herbeizuführen. — Andererseits aber muss man sich wundern, wie schwere und häufig wiederkehrende Blutungen auch von Kindern glücklich überstanden werden können. Mir ist eine Bluterfamilie bekannt, in der ein jetzt 7 Jahre alter Knabe A. K.—. vom ersten Lebensjahre ab an Blutungen in verschiedene Gelenke, in's Unterhautzellgewebe, namentlich aber an so intensivem langdauerndem Nasenbluten, zeitweise auch Bluterbrechen litt, dass man jeden Augenblick auf den Tod des Kindes in Folge der grossen Blutverluste gefasst sein musste. Nach ca. 10—14 Tagen erholte sich dann der Patient wieder, bis oft schon nach 4—5 Wochen neue Attacken eintraten mit gleicher Heftigkeit und gleich schweren Folgeerscheinungen. Die Zustände haben bis zum 5. Lebensjahre fortgedauert — dann kamen die Blutungen seltener. Seit etwa einem halben Jahre ist der Zustand des Knaben ein zufriedenstellender. Neue Blutungen sind nicht erfolgt. Ein Vetter dieses Patienten verblutete sich im 5. Lebensjahre aus einem kleinen Einriss des Frenulum linguae.

[1]) Nach einem im Juli ds. Jhrs. im Verein der Aerzte zu Halle a./S. gehaltenen Vortrage.

Bei älteren Kindern, wenn sie nicht gerade habituellen Bluterfamilien entstammen, gehören Todesfälle in Folge profuser Spontanblutungen zu den Ausnahmen. Bekanntlich entwickeln sich im Verlaufe von Infectionskrankheiten unter Umständen recht schwere hämorrhagische Diathesen. Bevorzugt sind in dieser Beziehung die acuten contagiösen Exantheme — Pocken, Masern, Scharlach. — Zwar kommt es auch hier zu tödtlich verlaufenden Blutungen, namentlich in den Pleuraraum, in's Pericard, in's Gehirn u. s. w.; im Grossen und Ganzen gewinnt man aber bei den hämorrhagischen Formen der contagiösen Exantheme gleich von vornherein mehr den Eindruck einer schweren Allgemeinintoxication. Dieser erliegen ja die Kranken auch fast ausnahmslos. Als »selbstständige« Krankheitszustände, leichterer und schwerer Art, treten uns in jedem Alter, aber auch hier mit Bevorzugung der jugendlichen Individuen hämorrhagische Diathesen unter dem Bilde der verschiedenen Purpuraformen, des Morbus maculosus Werlhofii, der Peliosis rheumatica und bei Erwachsenen endlich als Scorbut entgegen. Es hat fast den Anschein, als ob wir es in diesen Fällen nur mit Varietäten ein und derselben Krankheit zu thun hätten, wahrscheinlich liegt allen eine gemeinsame Enstehungsursache zu Grunde.

Schon Ritter und Epstein führten die transitorische Hämophilie der Neugeborenen in erster Linie auf eine septische Infection zurück. Klebs und Eppinger gelang es nicht bloss in der Umgebung der hämorrhagischen Stellen massenhafte Mikrococcenhaufen im Lumen der Gefässe nachzuweisen, sondern sie fanden diese Mikroorganismen auch frei im Blute sich bewegend. Von den »septischen« Mikroorganismen waren sie sehr verschieden. Klebs hielt sie für specifisch und bezeichnete sie als »Monas haemorrhagicum« Für die Purpura haemorrhagica hat Letzerich einen Bacillus gefunden und cultivirt, dieser ist aber von den neuerdings durch Kolb entdeckten und gezüchteten Mikroorganismen so grundverschieden, dass wir zunächst wenigstens wohl noch weitere Bestätigungen für die Richtigkeit der gefundenen »Thatsachen« abwarten müssen. Soviel scheint aber wenigstens festzustehen, dass den hämorrhagischen Diathesen eine specifische »Infection« resp. »Intoxication« zu Grunde liegt. —

Der Scorbut hat den selbstständigen hämorrhagischen Diathesen gegenüber stets eine gewisse Sonderstellung eingenommen und bis heutzutage bewahrt. Es liegt nicht in meiner Absicht hier auf die vielfachen Versuche einzugehen, die Aetiologie dieser Krankheit zu ergründen. Sie ist meiner Meinung nach noch ebenso dunkel, wie früher! (vergl. die Debatte über die Aetiologie des Scorbuts in der Royal Med. & Chir. Society, London; Lancet March. 3 u. 10 1883, p. 363 u. 406).

Soviel aber steht wohl fest, dass die Häufigkeit des Scorbuts ganz entschieden in der Abnahme begriffen ist. Landscorbut gehörte ja schon immer zu den selteneren Vorkommnissen, aber auch der Seescorbut hat an seinen Schrecknissen bedeutende Einbusse erlitten. Die Fortschritte der Schiffshygiene haben es zu Wege gebracht, dass der Scorbut nicht mehr als eine schwere unvermeidliche Geissel aller Nordpolfahrer betrachtet zu werden braucht. Beispielsweise kam, wie uns

Nordenskjöld (Die Umsegelung Asiens und Europas auf der »Vega«. Leipzig 1882, Bd. I, 436) berichtet, während der Monate langen Ueberwinterung der »Vega« im Nordlandeise, Dank der vorsorglichen Verproviantirung, der täglichen Bewegung der Mannschaften in freier Luft etc. kein einziger Erkrankungsfall von Scorbut zur Beobachtung. — Um so auffallender muss es erscheinen, dass sich in Deutschland und England gerade während der letzten 10 Jahre die casuistischen Mittheilungen über Scorbutfälle im ersten Kindesalter gemehrt haben. War doch in unseren Breiten gerade Scorbut bei Kindern so gut wie unbekannt! Dass übrigens Kinder nicht vom Scorbut verschont bleiben, entnehme ich dem Berichte Nordenskjöld (l. c. Bd. I, 37) über die kleine, unter 71° nördlicher Breite nur 32 km südwestlich vom Nordkap gelegene Felseninsel Måsö. Hier herrscht, besonders während feuchtem Winter, Scorbut endemisch. Dann wird die ganze Bevölkerung, Gebildete wie Ungebildete, Reiche wie Arme, alte Leute wie Kinder ohne Unterschied vom Scorbut heimgesucht. —

Die ersten Mittheilungen über Scorbut im frühen Kindesalter verdanken wir Prof. Möller-Königsberg; sie stammen aus den Jahren 1859 und 1862 (cf. Königsberger Med. Jahrbücher 1859 Bd. I, S. 377 und 1862 Bd. III, S. 135). Er beschrieb diese Krankheit als »acute Rhachitis«. Weitere Beobachtungen und casuistische Beiträge bringen unter dieser Bezeichnung Bohn und Förster (Jhrb. f. Kinderkrankheiten 1868, Bd. I, p. 200 u. 444).

Einer kritischen Besprechung unterzieht L. Fürst (Jhrb. f. Kinderkrankheiten 1882, Bd. XVIII, S. 192 ff.) die »acute Rhachitis«, führt die Beobachtungen von Senator und Petrone sowie einen eigenen, sehr charakteristischen Fall an. Er lässt die acute Rhachitis als eine selbstständige Erkrankungsform auf constitutioneller Grundlage nicht gelten, sondern bezeichnet diese Vorkommnisse nur als ein tumultuarisches »acutes Initialstadium« gewisser Fälle von Rhachitis.

Waren es zunächst deutsche Aerzte, welche zuerst die Aufmerksamkeit auf diese eigenthümlichen dyscrasischen Krankheitszustände des frühen Kindesalters gelenkt hatten, so erfuhren diese durch englische Collegen eine andere und, wie mir scheint, richtigere Deutung. Von Thomas Smith, Gée und Cheadle rühren die ersten Beobachtungen in England her. Letzterer sprach zuerst gestützt auf eigene Beobachtungen und Obductionsergebnisse die Ansicht aus, dass es sich bei den fraglichen Fällen von »acuter Rhachitis« resp. »hämorrhagischer Periostitis« (Smith) um ausgesprochenen Scorbut handele. Thomas Barlow konnte 1883 (Lancet, March 1883, p. 541 ff.) auf Grund von 19 meist in Deutschland publicirten und 11 eigenen Beobachtungen seine Ansicht ebenfalls dahin formuliren, dass im anatomischen wie klinischen Verhalten die wesentlichen Merkmale der sogenannten acuten Rhachitis in Wirklichkeit auf Scorbut zurückzuführen sind. Diese Ansicht bestätigen ferner die casuistischen Beiträge von H. W. Page und St. Mackenzie. Auf dem internationalen Congress in Kopenhagen 1884 hat H. Rehn-Frankfurt seine bis dahin aufrecht erhalten Meinung, dass es sich vielleicht um eine Myelo-Periostitis handele, aufgegeben und sich freimüthig für die Auffassung der englischen Collegen erklärt. Er unterlässt es indessen nicht, darauf hinzuweisen, dass 1) Scorbut in Deutschland so gut wie unbekannt ist, 2) der sporadische Scorbut überhaupt sehr selten auftritt und 3) die Ernährungsverhältnisse bei einer Anzahl der betroffenen Kinder keineswegs ungünstig zu nennen gewesen sei. Gerade aber die grosse Seltenheit der Affection und die grosse Häufigkeit ungünstiger Ernährungsverhältnisse bei Kindern lässt sich nicht gut in Einklang bringen und könnte eher gegen den Scorbut sprechen. —

Ich selbst kann dem nur beipflichten. Vom 1. April 1876 bis zum 1. April ds. Js. wurden in der ambulatorischen Kinderklinik zu Halle a./S. 22,284 Kinder untersucht; unter diesen leidet mindestens jedes 5. Kind an leichteren oder schwereren Formen von Rhachitis, aber kein einziges Mal konnte ich »acute Rhachitis«, oder, was wohl richtiger ist, Scorbut constatiren.

Meine beiden Beobachtungen (der 1. Fall betraf ein Zwillingspaar!) gehören der Privatpraxis an.

Der 1. Fall betraf die Zwillingskinder des Decorateurs V—s., ein Knabe und ein Mädchen, geboren den 24. November 1887. Die Kinder waren bei ihrer Geburt zwar etwas zarter Constitution, aber ausgetragen und gesund. Beide bekamen mehrere Monate Brustnahrung, später die Flasche. Anfangs gediehen dieselben gut, dann trat Stillstand ein, häufige Diarrhoen brachten die Kinder sehr zurück, später liessen diese nach, ohne dass sich der Ernährungszustand der Kinder wieder besserte. Die eigentliche Erkrankung datirt vom Anfang September 1888. Der Knabe starb am 7. December desselben Jahres. Die Krankheitszustände sollen die gleichen, wenn auch weniger hervorragend, wie bei dem 2. Kinde, dem kleinen Mädchen, gewesen sein. Am 10. December 1888 sah ich die kleine Patientin zum ersten male. Das Kind war damals 13 Monate alt, sehr anämisch, schlecht genährt, zeigte eine schmutzig graue Haut- und Gesichtsfarbe. Das Kind schwitzte sehr viel, schrie stundenlang und zeigte bei jeder Berührung und jeder noch so behutsamen Lageveränderung die heftigsten Schmerzensäusserungen. Rhachitische Krankheitserscheinungen waren nicht vorhanden. Bewegungen wurden mit den unteren Extremitäten gar nicht ausgeführt, nahm man das Kind hoch, so hingen die Beine schlaff und wie gelähmt herab. (Pseudoparalysen.) Die passive Beweglichkeit in den Gelenken war nicht anfgehoben, rief aber die heftigsten Schmerzensäusserungen hervor. Beide Tibien waren in ihrem unteren Drittel der Diaphyse auffallend verdickt und wulstig aufgetrieben. Die Geschwulst war von prall elastischer Consistenz, bei Berührung ungemein schmerzhaft; die Haut war an diesen Stellen stark gespannt, aber weder geröthet, noch heiss anzufühlen. Beide Füsse waren ödematös geschwollen. Die vier oberen Schneidezähne und im Unterkiefer der mittlere linke Schneidezahn waren durchgebrochen. Das Zahnfleisch ist an diesen Stellen blauroth gefärbt, schwammig gewulstet, nicht selten traten Zahnfleischblutungen auf. — Anfangs trank das Kind leidlich, setzte allerdings häufig ab und fing dann jämmerlich an zu schreien. Später verweigerte es die Flasche ganz und konnte ihm nur mit dem Löffel noch etwas Milch eingeflösst werden. Fiebererscheinungen waren nicht vorhanden, die heftige Schweisssecretion dauerte fort, die Ausleerungen waren zeitweise diarrhoisch, zweimal schleimig und blutig. Trotz alledem schien vom 25. December ab eine, wenn auch langsam fortschreitende Besserung einzutreten. Doch wurde diese Hoffnung bald wieder zu Schanden. Vier Wochen später, am 23. Januar 1889, traten neue Attacken auf, die Auftreibungen der beiden Tibien nahmen noch mehr an Umfang zu, heftige Zahnfleischblutungen erfolgten zu wiederholten malen. Das Kind verweigerte schliesslich jede Nahrung, ein rapider Kräfteverfall trat ein. Decubitus entwickelte sich in der Kreuzgegend und an den Oberschenkeln, aber erst am 2. Februar 1889 starb das Kind im Alter von 1 Jahr 2 Monaten und 10 Tagen.

Die Section wurde leider verweigert, nur ein Einschnitt in die Geschwulst des linken Tibia gestattet. Es zeigte sich an der Vorderseite der Tibia das Periost fast in seiner ganzen Diaphysenlänge abgehoben, der weissbläuliche Knochen lag völlig frei, und der Hohlraum zwischen Periost und Knochen war mit zum Theil noch flüssigen, dunkel lackfarbenen, zum Theil mehr krümmlichen Blutmassen ausgefüllt.

Betreffs der Aetiologie dieses Falles ist wenig zu sagen. Die Erkrankung fiel in die nasskalten Wintermonate. Die Wohnungsräume waren zwar etwas eng und niedrig, lagen im 2. Stock und waren keineswegs kalt oder feucht. Die Ernährung des Kindes war keine unzweckmässigere, als bei Tausend anderen, sie wurde ausserdem von der Mutter auf's peinlichste überwacht. Hereditäre Leiden (Syphilis) mussten mit ziemlicher Sicherheit ausgeschlossen werden. Ob bei dem erstgestorbenen Zwillingsbruder eine gleiche Erkrankung vorgelegen hat, lasse ich unentschieden, wenn auch die Angaben der Mutter des Kindes dieses wahrscheinlich machten.

(Schluss folgt.)

Aus der ambulatorischen Klinik für Kehlkopf-, Rachen- und Nasenkranke von Prof. Jurasz in Heidelberg.

Beitrag zur Anwendungsweise der Trichloressigsäure in der Nase und im Rachen.

Von Dr. *v. Szoldrski*, Assistenzarzt.

In einer kürzlich[1]) in diesem Blatt erschienenen Publication erwähnt Dr. Killian die Schwierigkeiten, die bei der Anwendung der Trichloressigsäure in Krystallform für Aetzungen in der Nase und im Rachen dadurch entstehen, dass die Säure sich nicht wie Höllenstein und Chromsäure an eine Sonde anschmelzen lässt; auch der von Ehrmann[2]) angegebene Aetz

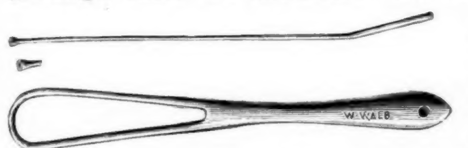
[1]) Münchener Medic. Wochenschrift No. 39, 1891.
[2]) Münchener Med. Wochenschrift 1890 No. 9.

mittelträger befriedige nicht. Er empfiehlt deswegen die Verwendung verflüssigter Säure, welche er mittelst Watte applicirt.

Im Anschluss an diese Notiz theilt Dr. Wegele[3]) in Bad Königsborn mit, dass er die Säure in festem Zustand anwendet, indem er sich als Aetzmittelträger der gewöhnlichen Hohlsonde bedient, in deren Rinne am vorderen Ende der Krystall gepresst wird.

Um dem offenbaren Bedürfniss abzuhelfen, hat mich Prof. Jurasz beauftragt über den Modus des Verfahrens, wie er seit etwa anderthalb Jahr in unserer Ambulanz befolgt wird, und über die Instrumente, die dabei zur Verwendung kommen, Mittheilung zu machen.

Wir wenden die Säure in Krystallform an. Als Aetzmittelträger dienen zwei Instrumente. Das eine von ihnen ist eine geknöpfte Sonde; an der Spitze des Knopfes in der Axe der Sonde befindet sich eine Vertiefung. Beim Gebrauch wird der Sondenknopf gegen die im Glase aufbewahrten Krystalle fest angedrückt; in der Vertiefung bleibt ein entsprechend grosser Krystall haften. Nachdem man den Stiel von der etwa anhaftenden Säure gereinigt hat, führt man die betreffende Cauterisation wegen der Zerfliesslichkeit der Krystalle sofort aus.



Die Sonde wird bei uns besonders zur Aetzung des vorderen Endes der unteren und mittleren Muschel, und der Follikelschwellungen im Rachen angewandt.

Das zweite Instrument, das ausschliesslich zur Aetzung der unteren Muschel in ihrer ganzen Ausdehnung nach hinten zu bestimmt ist, stellt eine 1 cm breite, 14 cm lange Platte vor; die eine Wand derselben ist eben, die andere planconvex; an der letzteren, 8 mm von der Spitze entfernt, befindet sich in der Mitte der Breite eine runde Vertiefung.

Der Modus der Anwendung ist folgender:

Nachdem ein möglichst tief nach hinten eingeführter Cocainwattetampon längere Zeit auf die Nasenschleimhaut eingewirkt hat, — die Empfindlichkeit derselben dieser Säure gegenüber ist, was auch Dr. Killian hervorhebt, sehr gross, — führt man die Aetzung aus.

Mittelst einer Pincette wird der Krystall in jene Vertiefung gebracht. Ein Druck des durch ein Handtuch geschützten Fingers fixirt das Aetzmittel. Die ebene Fläche der Platte, so wie die Umgebung des Krystalls wird sorgfältig gereinigt. Während die eine Hand mittels Jurasz'schen Speculums den Einblick in die Nase offen hält, führt die andere das Instrument ein. Dasselbe wird vertical gehalten, die ebene Fläche dem Septum, die planconvexe der unteren Muschel zugewandt. Das eingeführte Instrument drückt anfangs gegen das Septum; befindet sich aber der Krystall am vorderen Ende der unteren Muschel, so wird das Instrument gegen diese gepresst, und darauf weiter nach hinten geschoben. Die untere Kante der Platte soll auf dem Boden der Nasenhöhle gleiten; der Krystall befindet sich dann gerade in der Höhe der unteren Muschel.

Das Instrument dringt soweit vor, als die Hypertrophie reicht.

Damit der Tubawulst nicht gefährdet wird, ist jene Vertiefung, in der der Krystall ruht, etwas von der Spitze entfernt angebracht, so dass auch bei dem äussersten Vordringen der Platte die erwähnte Verletzung unmöglich ist.

Bei abnorm tiefem Nasenrachenraum kann sicherheitshalber die Controle mittelst Rhinoscopia posterior hinzukommen.

Die untere Muschel wird in ihrer ganzen Ausdehnung von dem Aetzmittel getroffen, und zwar in der Mitte ihrer Höhe. Bei vorwiegender Schwellung der unteren Partie wird das Instrument in schräger Richtung, die ebene Fläche nach innen und unten, eingeführt.

[3]) Allgem. Medic. Centralzeitung vom 24. October 1891.

Ein Herausfallen des Krystalls ist nicht zu befürchten: er ruht in einer verhältnissmässig beträchtlichen Vertiefung, und wird überdies durch den Druck der Platte gegen die Muschel sicher fixirt.

Die Aetzuug wird zwei bis dreimal in Zwischenräumen von 8 bis 10 Tagen ausgeführt. Die Erfolge sind so durchaus befriedigend, dass bei der Hypertrophie der Muscheln der Galvanocauter in letzter Zeit bei uns fast nie mehr angewandt wird.

Die von Dr. Killian empfohlenen Aetzungen mit verflüssigter Säure hält Prof. Jurasz für ausreichend bei leichteren Fällen; für intensivere Eingriffe ist die concentrirte Substanz unbedingt vorzuziehen.

Die Instrumente fertigt der Instrumentenmacher Wilhelm Walb, Heidelberg, (Hauptstrasse 5) an.

Zwei Fälle von spontaner Gliedablösung. (Intrauterine Amputation und epitheliale Daktylolyse.)

Von Dr. *Fr. Wiedemann* in Augsburg.

(Schluss.)

Menzel berichtet[4]) über eine Frau, an welcher er im Jahre 1873 folgende Difformitäten an den Fingern constatirte:

Am Zeigefinger der rechten Hand fand sich etwa in der Mitte der 2. Phalanx eine ringförmige Einschnürung; eine ebensolche, doch beträchtlich tiefer, war in der Mitte der 1. Phalanx am Mittelfinger; von da ab war statt des Fingers nur ein kurzer, federkieldicker Stiel aus Weichtheilen vorhanden, an welchem eine kleinhühnereigrosse, etwa kugelige Geschwulst frei beweglich hing. Stiel und Geschwulst waren von normaler, eher etwas verdickter, doch nirgends ulcerirter Haut überkleidet. Druck auf die Geschwulst war schmerzhaft, während Nadelstiche nicht empfunden wurden.

Der 4. und 5. Finger dieser Hand fehlten bis auf Stümpfe.

Weitere Difformitäten zeigten sich noch an der anderen Hand und den Füssen; alle waren angeboren und seitdem stationär geblieben, nur die Geschwulst war bis vor etwa 6 Monaten kleiner gewesen und nicht frei beweglich; durch einen Ziegentritt war damals der noch vorhandene Phalangenrest offenbar abgetreten worden; seitdem hing die Geschwulst frei herab, nahm an Volumen zu und schmerzte auch mehr als früher, weshalb Patient sich damals an Menzel wandte.

Die Geschwulst wurde ohne wesentliche Blutung durch einen Scheerenschlag entfernt und mikroskopisch untersucht.

Wucherer[5]) schildert Ainhum wie folgt:

»Es wird zuerst an der inneren Seite der kleinen Zehe, da, wo sie an den Metatarsus grenzt, eine seichte Querfurche bemerkt, welche sich auf die untere Seite derselben erstreckt und weniger als den halben Umfang der Zehe einnimmt. Entzündung und Schmerz fehlen gänzlich, die kleine Furche ist nicht alterirt und wird kaum beachtet. Allmählig dehnt sich die Furche weiter aus, die kleine Zehe entfernt sich wirklich oder scheinbar von der 4. Der Zwischenraum zwischen ihrem Grunde wird grösser, wenn auch das vordere Ende der kleinen sich mehr der 4. nähert, sie sieht dann wie nach innen geknickt aus. Nach und nach dehnt sich die Furche in der Umfangslinie der Zehe immer weiter aus, schreitet auch auf der obern Seite der Zehe fort und wird tiefer. — Gleichzeitig wird die Zehe dicker, grösser, abgerundeter und schmerzhaft oder wenigstens empfindlicher als im Normalzustande. Diese Veränderungen schreiten fort, bis die Furche von oben und unten an die äussere Seite gelangt und den ganzen Umfang der Zehe einnimmt, diese um das 2—3fache vergrössert ist und die Furche so tief wird, dass man deren Grund nur mit Mühe oder gar nicht bei starkem Auseinanderziehen ihrer Wände absehen kann. In seltenen Fällen bildet die Furche keinen vollkommenen Kreis, indem sie an der äusseren Seite durch einen kleinen Hautstreifen unterbrochen ist. Die Haut der Zehe wird während dieses Processes rauh, diese selbst bekommt eine unregelmässig eiförmige Gestalt und sieht einer kleinen Kartoffel sehr ähnlich. Hat die Furche eine grosse Tiefe erreicht, so wird die Zehe an dem sie noch haltenden dünnen Stiel sehr beweglich und verändert ihre Stellung so, dass der übrigens ganz unversehrte Nagel nach aussen, statt nach oben, sieht; die Zehe erleidet eine Viertelsrotation um ihre Axe nach aussen. In diesem Zustande hat das Uebel seinen höchsten Grad erreicht. Die Beweglichkeit der Zehe ist so gross, dass man sie an ihrem Stiel mehr oder weniger um ihre Axe drehen kann, dass sie bei aufgehobenem Fuss herabhängt, hin- und herschlendert, wenn der Fuss bewegt wird, und das Gehen beschwerlich macht, so dass der Gang auf der Hacke mit erhöhter Fussspitze nothwendig wird. Die Zeit, welche darüber ver-

[4]) Menzel, Spontane Daktylolyse, eine eigenthüml. Erkrankung der Finger (Langenbeck's Archiv Bd. 16. Pg. 667 ff.)

[5]) Wucherer, »Ueber Ainhum, eine der afrikanischen Raçe eigenthümliche Krankheitsform« Virchow's Arch. Bd. 56 Heft 3.

geht bis zur Erreichung dieses Zustandes, ist sehr verschieden, kann 1—10 Jahre betragen. Die Erscheinungen sind immer absolut dieselben.

Die Zehe bewahrt ihr normales Gefühlsvermögen, das Streichen derselben zwischen den Fingern, das Anstechen mit einer Nadel wird mit der normalen Lebhaftigkeit empfunden. Bei Stössen und Zerrungen leidet der Kranke immer an heftigen Schmerzen, welche ihn hauptsächlich veranlassen, die Entfernung der Zehe zu beanspruchen. Die Ursachen dieser sonderbaren Krankheit sind ganz unbekannt.«

Menzel's Fall steht in der Literatur ziemlich verzeinzelt da, nur Wenzel Gruber[6]) hat »über Missbildungen der Finger an beiden Händen eines Lebenden« berichtet, welche denen Menzel's ganz analog zu sein scheinen. Des weiteren findet sich ein Fall von Lannelongue[7]), der ebenfalls hierher gehört und kurz erwähnt sein möge.

Ein 4monatliches Kind zeigte folgende Verstümmelungen: Rechte Unterextremität: am Unterschenkel, an der Grenze zwischen mittlerem und oberem Drittel eine tiefe Furche, welche die Weichtheile bis fast auf den Knochen getrennt hat; der Grund dieser Einschnürung ist von nicht ulcerirter Haut gebildet. Die Furche hat sich innerhalb $2\frac{1}{2}$ Monaten um $\frac{2}{3}$ ihrer Tiefe weiter eingesenkt; der Fuss ist elephantiastisch und in Varusstellung; die 5 Zehen dieses Fusses sind amputirt bis auf einen Theil der 1. Phalange.

Linke Unterextremität: Die 3 ersten Zehen des Fusses endigen als abgeflachte oder konische Stümpfe mit nur 1 oder 2 Phalangen. Bei der Geburt waren die Zehen noch vorhanden und durch einen Stiel verbunden; der Stiel wurde im Laufe der folgenden Tage dünner und die Zehen fielen innerhalb 14 Tagen nach der Geburt nacheinander ab. Die 4. Zehe zeigt eine dorsale, 1 mm tiefe Furche.

Linke Hand: Der Zeigefinger allein zeigt Amputation der 3 Phalangen; aber alle anderen ausser dem 5. zeigen Furchen und Deformitäten, einer hat mehrere Furchen. Central von der Furche sind die Finger normal, peripher davon sind sie deform, vergrössert. Die Furchen haben sich wie am Unterschenkel vertieft seit der Geburt und die Deformation der Finger hat auch merklich zugenommen.

Ueber Ainhum sind seit der ersten Mittheilung Da Silva Lima's im Jahre 1867 und der bald darauffolgenden, oben erwähnten Wucherer's so viele casuistische Beiträge geliefert worden, dass eine Aufzählung nicht möglich und nöthig ist. Sie sind hauptsächlich in französischen, englischen und amerikanischen Zeitschriften niedergelegt und beziehen sich zum weitaus grössten Theil auf afrikanische Neger, an denen Ainhum in den verschiedensten Ländern gesehen wurde.

In einzelnen Fällen jedoch wurde die Krankheit auch bei Hindus tamulischer Abstammung gesehen.

Es kann nun nicht geleugnet werden, dass die klinischen Verhältnisse der spontanen Daktylolyse und des Ainhum ganz wesentliche Punkte gemeinsam haben, welche sich aus dem Vergleich der angeführten Schilderungen von selbst ergeben.

Von Menzel wurde aber auch schon der Nachweis erbracht, dass die mikroskopischen Bilder beider ebenfalls ganz analog sind.

Er fand in seinem Falle folgendes: »Die Epidermis war dick, die tieferen Lagen derselben und der Mucus Malpighi fast durchgehends aus reizenden Stachelzellen bestehend. — Die Papillen waren knapp an einander gereiht, sehr lang, häufig zwei bis dreigetheilt. Die Schweissdrüsen fanden sich in normaler Anzahl vor und waren vollkommen gut erhalten; nur erschien ihr Ausführungsgang nicht korkzieherartig gewunden, sondern gerade gestreckt. Die sonstige Hauptmasse der Geschwulst bestand aus lockigem Bindegewebe, in mannichfachen Zügen durchflochten, häufig durch Reihen grosser, krystallhaltiger Fetttropfen unterbrochen. Nirgends war eine Zellenwucherung, eine zellige Infiltration nachweisbar. Man hatte das Bild des subcutanen Bindegewebes vor sich. — Die Gefässe, besonders die Venen zeigten eine erhebliche Verdickung der Gefässwand, welche häufig 4—6mal so breit war als das Lumen des Gefässes. — Der Knochen war groblückig; die Lücken selbst waren meist von lymphoiden Zellen und Blutgefässen erfüllt, ganz vereinzelt hier und da jedoch von Spindelzellen durchzogen. Die Knochenbälkchen waren schmächtig. Entsprechend ihrer Längsaxe war die Knochentextur normal, mehr nach aussen wie fein bestäubt. noch mehr nach aussen war die Knochentextur zwar gut erhalten, die Kalksalze jedoch fehlend und endlich unmittelbar an die lymphoiden Zellen der Lücken grenzend sass eine Reihe grösserer, rundlicher oder polygonaler, fein granulirter Zellen mit einem grösseren, ovalen, scharfbegrenzten Kern.«

Den häutigen Stiel selbst fand er ausschliesslich aus Bindegewebe bestehend, ohne Knochen. Das Bindegewebe ist der Längsaxe des Stieles vorwiegend parallel geordnet. Die Anordnung der Bindegewebszüge und Gefässe erinnert an die Anordnung der Gefässe und Bälkchen im Knochen. — Die Cutis selbst bietet an dieser Stelle mehrere Eigenthümlichkeiten dar. Das Eigenthümliche liegt nicht im Cutisgewebe, im Mucus oder in der Epidermis; insbesondere sind letztere durchaus nicht verdünnt, viel eher verdickt. Das Eigenthümliche liegt in den Papillen. Da finden sich kaum angedeutete Papillenzwerge neben breiten, plumpen und diese wieder neben ganz schmächtigen langen, selbst dreigeteilten Papillen. Vollkommene Längsschnitte finden sich andrerseits unmittelbar neben vollkommenen Querschnitten. — Entsprechend der Unregelmässigkeit der Papillen verhalten sich die Papillenthäler, oder sagen wir die Epidermiszapfen ganz eigenthümlich. Da sieht man sie lang, nadelförmig, hier konisch, dort kolbig, bald spitz, bald abgerundet, bald glattrandig, bald mit zitzenförmigen Fortsätzen.«

Auf Grund seiner Beobachtung hebt Menzel ausdrücklich hervor, dass mit grosser Wahrscheinlichkeit die Epitheleinsenkung das Primäre sei. Er vergleicht auch seine histologischen Befunde mit denen, welche Schüppel bei einer von Wucherer übersandten Ainhumzehe im Anschluss an die Mittheilung des letzteren beschrieb; auch dieser erwähnt: »auffallend ist die massige Epidermisproduction an der eingeschnürten Zehe. Die Dicke der Epidermis wechselt von $\frac{1}{2}$ bis 1 Linie, am dicksten ist sie in der Nähe der Einschnürung. Hier ist auch eine mässige Verlängerung der normal dicken Hautpapillen vorhanden.« Am ausführlichsten und anschaulichsten aber wurden in neuerer Zeit die histologischen Verhältnisse bei Ainhum von Eyles[8]) geschildert, welcher 2 Ainhumzehen an der Goldküste untersuchte; die Erfahrungen Eyles' können als Bestätigung und Erweiterung der von Menzel gefundenen Thatsachen angesehen werden, so sehr übereinstimmend ist der Befund bei spontaner Daktylolyse und bei Ainhum. Das Wichtigste kurz zusammengefasst sagt Eyles ungefähr folgendes:

Die Histologischen Veränderungen bei Ainhum können als Hyperplasie bezeichnet werden, sofern die Epidermis in Betracht kommt, in den übrigen Geweben sind sie hauptsächlich chron. entzündlicher Natur. Die Veränderungen scheinen von der Stelle der Einschnürung nach der Spitze hin fortzuschreiten und es lassen sich demzufolge zum Zweck der Darstellung 3 Abschnitte machen: ein vorderer an der Zehenspitze, wo die Veränderungen im Beginne sind, ein mittlerer wo sie voll im Gange sind und ein hinterer an der Schnürfurche, wo sie bereits vollendet sind; doch sind diese Abschnitte selbstverständlich nicht scharf von einander abgegrenzt.

Die Hypertrophie der Epidermis nimmt von der Spitze gegen die Furche hin so zu, dass sie in einem Falle von 1 mm Durchmesser an der Spitze allmählich bis zu 5 mm an der Furche sich verdickte.

Das stratum corneum ist ungleichmässig, das strat. lucid. gleichmässig verdickt und lässt sich im hinteren Abschnitt nicht von den darüber und darunter liegenden Schichten unterscheiden. Theilweise geht es seines Characters verlustig; man kann dann deutlich einzelne Zellen unterscheiden, welche zuweilen zu zwölft bis fünfzehnt über einander liegen. Im vorderen und mittleren Theile ist das stratum granulosum gut abgegrenzt, doch verdickt; nahe der Furche lässt es sich nicht erkennen.

Am interessantesten sind die Veränderungen des stratum Malpighi. Im vorderen Theile sind die Interpapillarfortsätze nach allen Richtungen vergrössert, aber zwischen nebeneinander liegenden Fortsätzen findet man nicht selten noch andere, schlankere, bestehend aus Doppelsäulen von geschlossen nebeneinander liegenden, pigmentierten Epithelzellen, welche in die Tiefe gehen und die Papillen spalten; diese neuen Fortsätze scheinen gebildet zu werden durch Einsenkung des pigmentierten Epithellagers, welches die Oberfläche der Papillen überkleidet; zuerst ist nur eine Knospe vorhanden, welche sich verlängert, und wenn mit der Zeit diese Doppelsäulen durch neugebildete Zellen getrennt werden, sind neue interpapilläre Fortsätze gebildet.

Im mittleren Theile werden durch solche Epithelsprossen die Papillen auch der Quere nach getheilt, so dass Vertikalschnitte ein ähnliches rete-Bild geben, wie gewöhnlich Flächenschnitte. Theilweise findet man völlig abgegrenzte »Zellnester«. Im hinteren Abschnitt scheint alles aus strat. corn. zu bestehen mit Ausnahme einer Lage pigmentierter Zellen, welche kleine Fortsätze bilden.

In den tieferen Schichten herrscht Bindegewebe vor; wo es normalerweise gefunden wird, ist es verstärkt bei Ainhum, andere Gewebe, wie Knochen u. s. w., werden durch Bindegewebe ersetzt.

---

[6]) Virchow's Arch. Bd. 47, S. 303.

[7]) Anomalie des trois membres par défaut; amputations congénitales des auteurs; Sitzung der académie de médecine am 22. XI. 81., Referat in gaz. hebdom. de médec. et de chirurg. 1881 pg. 757. — Auch Pinéau hat in l'union médicale 1883 eine »observation d'un cas d'ainhum indigène« berichtet, doch ist diese von gewöhnlicher intrauter. Spontanamput. durch nichts unterschieden; möglicherweise gehören zu den obenerwähnten Fällen noch die Beobachtungen von Guyot in progrès méd. 1881, doch nicht wahrscheinlich, auch werden sie von französischen Autoren zurückgewiesen.

[8]) Eyles, the histology of ainhum. the lancet, 1886 Vol. II pg. 576. — Es existirt noch eine Abhandlung über Histologie von Ainhum von Suchard in le progrès médic. 1882; hier sind fast ausschliesslich Veränderungen am Bindegewebe constatirt, was wohl damit zusammenhängt, dass Suchard ihm von Guyot zugegangene Fälle untersuchte, welche schon oben als wahrscheinlich nicht zu Ainhum gehörig erwähnt wurden.

An den grösseren Arterien findet sich die Adventitia verdickt; die stärksten Veränderungen bietet aber die Intima der Gefässe; man findet hier allenthalben Endarterit. obliter. Der Knochen bietet das Bild einer Ostitis rareficans. Auch Eyles macht die Einsenkung der epithelialen Gebilde verantwortlich für die Veränderungen an den tiefer liegenden Geweben.

Es kann nun bei der grossen Uebereinstimmung der klinischen und anatomischen Bilder von spontaner Daktylolyse und Ainhum wohl keinem Zweifel unterliegen, dass es sich bei beiden um einen identischen Vorgang handelt, dessen Charakteristikum das ist, dass an circumscripter Stelle eine Einsenkung der epithelialen Gebilde in die Tiefe stattfindet, welche sich allmählich um die ganze Peripherie des befallenen Gliedes vollzieht und mit der Zeit auch nach der Tiefe zunimmt, bis endlich das vor der Einsenkung gelegene Stück nur noch durch fadendünnen Stiel mit dem centralen zusammenhängt, nachdem ganz schleichend alle unter der Einsenkung gelegenen Gewebe unter dem Druck der epithelialen Wucherung zum Schwunde gebracht worden sind und im abgeschnürten Stück bindegewebige Degeneration sich vollzogen hat. Zur völligen Ablösung des abgeschnürten Stückes bedarf es dann nur noch irgend einer passenden Gelegenheit.

Diese Thatsache hat schon Menzel trotz des damals äusserst spärlichen Materiales richtig erkannt und selbst bezüglich der Bezeichnung folgenden Vorschlag gemacht: »Sollte die Richtigkeit der Ablösung durch epitheliale Einsenkung sich bestätigen, dann wäre der Name »epitheliale Daktylolyse, epitheliale Fingerabschnürung« wohl der zweckmässigste.« — Nach dem bisher Erwähnten wird es nun nicht schwer sein, den uns vorliegenden Fall den wenigen angeführten, so viel ich weiss, bis jetzt ausschliesslich bekannten Fällen von epithelialer Daktylolyse bei Weissen anzureihen; dazu genügt für die klinischen Verhältnisse wohl ein einfacher Vergleich der gegebenen Schilderungen. Unser Fall steht von allen genannten klinisch dem Ainhum am nächsten dadurch, dass die Veränderungen ebenfalls, wie gewöhnlich bei Ainhum, erst im späteren Lebensalter begonnen haben und zuerst an der kleinen Zehe auftraten. So mag der Fall noch als Bindeglied zwischen den bisher bekannten und Ainhum dienen.

Dass die mikroskopischen Verhältnisse hier auch den angeführten Schilderungen entsprechen, bedarf wohl keines weiteren Beweises; denn dass sich bei Psoriasis eine, wenn auch vielleicht sekundäre, allgemeine Hyperplasie der epithelialen Hautgebilde findet, ist eine bekannte Thatsache; es werden z. B. auch allgemein bei Psoriasis vergrösserte und verlängerte Retezapfen gefunden, und dass speziell an der Einschnürungsstelle am kleinen Finger der Frau eine Epitheleinsenkung stattgefunden hat, das beweist wohl am besten der Umstand, dass jetzt noch, nach Entfernung des dicken Hornkeiles, ein abnorm dickes Hornlager sich an der Stelle vorfindet.

Was endlich die Complication von Psoriasis mit epithelialer Daktylolyse anlangt, so ist sie vielleicht nicht zum ersten Male beschrieben; in einem Referat[9]) ist angeführt, es sei an einem Madagassen-Kaffern-Mestizen auf Nossi-Bé, einer kleinen Insel nordwestlich von Madagaskar, neben Ainhum bemerkt worden: la présence d'une masse indurée au niveau du sillon — en même temps qu'un aspect squameux des mains et des pieds.

Ueber die Aetiologie der Furchenbildung sind einige Hypothesen, doch nichts Bestimmtes bekannt; vielleicht deutet gerade das Vorkommen der epithelialen Daktylolyse unter so verschiedenen Verhältnissen darauf hin, dass eben verschiedene Ursachen gleiche Wirkung haben können.

Casuistische Mittheilungen aus Hospitälern und aus der Praxis.

Zur Wirkung des Diuretin. Von Dr. Kress-Nürnberg.

Da nach Abschluss unserer in No. 38 dieser Wochenschrift publicirten Arbeit über die Wirkungen des Diuretin uns ein Fall zu Gesicht kam, bei dem durch die Diuretinbehandlung eine mit unseren dort niedergelegten Resultaten nicht ganz sich deckende Veränderung des Pulses eintrat, so möge derselbe an dieser Stelle noch eine kurze Erörterung finden.

Rattelmüller, 15jähriger Schuhmacherlehrling, im Krankenhaus wiederholt wegen einer Insufficienz und Stenose der Mitralklappen behandelt. Hochgradiges Oedem der Beine und starker Ascites trat zum Erstenmale gegen Ende August auf, gepaart mit heftiger Dyspnoe.

Urin.

Datum	Therapie	Menge	Spec. Gewicht	Eiweissgehalt	Puls
30. VIII	—	375	1023	1½ ‰	100
31.	—	375	1024	½ ‰	110
1. IX	Diuretin 5,0	625	1021	1 ‰	104
2.	rep.	3125	1009	½ ‰	110
3.	rep.	4000	1010	½ ‰	108
4.	bleibt weg	3000	1008	eiweissfrei	110
5.	—	1875	1006	—	108[1])
6.	—	1250	1023	—	100
7.	—	1125	1015	—	90
8.	Diuretin 2,0	1060	1016	—	90
9.	rep.	1500	1016	—	90
10.	rep.	2000	1012	—	80
11.	rep.	2500	1015	—	90
12.	bleibt weg	2375	1015	—	90
13.	—	1800	1012	—	90

Die schon am 1. Tage nach Gabe des Diuretin eingetretene Harnfluth ist enorm (um fast das Sechsfache). Die Zahl der Pulsschläge ist durch Diuretin nicht beeinflusst; anders die Qualität. Schon dem fühlenden Finger trat bereits 1 Tag nach Gabe des Diuretin eine im Vergleich mit dem vorhergehenden Tage deutlich kräftigere Pulswelle

Pulscurve am 31. August.

Pulscurve am 2. September.

entgegen, was auch zur sphygmographischen Aufnahme des Pulses bereits an diesem Tage Veranlassung gab. Der fast doppelt so hohe aufsteigende Schenkel der 1 Tag nach Gabe des Diuretin aufgenommenen Curve zeigt uns an, dass die Arterienspannung um das Doppelte zugenommen hat, der Herzdruck um das Doppelte gekräftigt ist. Nimmt man dazu, dass sich diese Aenderung des Pulses in nur zwei Tagen abspielte, so können wir in diesem allerdings einzigen Falle eine directe Einwirkung des Diuretin auf den Circulationsapparat nicht ohne Weiteres von der Hand weisen.

Feuilleton.

Berichtigung.

Nachdem Herr Dr. Emmerich in der Münchner med. Wochenschrift No. 44 vom 3. November »Hygienisches aus Berchtesgaden« vor die Oeffentlichkeit gebracht hat, ohne hinsichtlich mehrerer der gerügten sanitären Missstände genau instruirt zu sein, sehe ich mich zur Richtigstellung genöthigt.

1) Der üble Geruch im Badezimmer, in Küche und Waschküche der Villa S. wurde nicht durch Kloakengase aus dem Klosterbach verursacht, sondern stammte aus der Abortgrube des Hauses. Bei einer jüngst vorgenommenen Bloslegung der Canalisation des Hauses ergab sich eine Communication (ohne Syphonverschluss) der Zweigcanäle des Badezimmers, der Küche und Waschküche mit der Abortgrube vermittelst eines Kanals, welcher unerlaubter Weise Fäcalflüssigkeit dem Klosterbach zuführte.

Die hiesigen ortspolizeilichen Vorschriften vom Jahre 1879 gestatten einen derartigen Einlauf in offene oder geschlossene Kanäle nicht.

2) Das Krankenhaus gibt weder Fäcalflüssigkeit noch irgend welche Abwässer aus Küche, Badezimmer oder Waschhaus an den Klosterbach ab. Der letztere hat unter der Villa S. ein Gefäll von 25 bis 30 Proc. und einen constanten Wasserreichthum, so dass der Canal denselben kaum zu fassen vermag. Unter diesen Verhältnissen erscheint der Klosterbach wenig geeignet zur Entwicklung von Kloakengasen.

---

[9]) Rochefort, de l'ainhum, gaz. hebdom. de médec. et de chirurg. 1881 pg. 772 über Corre in Arch. de méd. navale 1879. pg. 136.

[1]) Oedeme und Ascites geschwunden. Keine Dyspnoe. Patient hat in 5 Tagen um 7 Kilo abgenommen.

3) Im königlichen Schlosse münden alle Aborte sowie Abwässer in den Klosterbach, welcher neben dem sogen. Kreuzgange offen verläuft und sind längst mit Syphonverschluss versehen.

Ueber diesen heikeln Punkt hätte Herr Dr. Emmerich sich denn doch Gewissheit verschaffen können und sollen, bevor er Zweifel in die Welt hinausschleudert.

4) Gemäss der bisherigen ortspolizeilichen Vorschriften vom Jahre 1879 dürfen in den neu angelegten Kanalstrang blos Regen- und Abwässer, aber keine Fäcalien eingeleitet werden. Einleitung stünde nur in Aussicht, wenn über mehr Wasser zu verfügen wäre, um Bespülung zu ermöglichen. Die Gemeindeverwaltung beabsichtigt zu diesem Zwecke eine neue Wasserleitung von Salzburg her anzulegen. Bis zur Realisirung bleiben die alten Vorschriften bestehen: gut cementirte, undurchlässige Abortgruben mit periodischer Entleerung.

5) In Berchtesgaden und Umgebung waren mit Ausnahme der Villa S. in der Sommer-Saison 1891 unter den Fremden keine Typhuserkrankungen vorgekommen.

6) Die kleine Trinkwasserquelle, welche ihr Wasser lediglich an die Villa S. abgab und unter dem Hause entspringt, in welchem der Schwager des Herrn Dr. Emmerich wohnte, erscheint sehr verdächtig, besonders seit voriges Jahr der Düngerhaufen oberhalb derselben angelegt worden war. Die Pensionsgeber der Villa versicherten mir wiederholt, dass das Wasser häufig den reinen Odelgeruch und Geschmack habe. Die Wasseruntersuchungen, welche in Zeiträumen wiederholt werden, sind noch nicht abgeschlossen. Die Quelle darf vorläufig als Trinkwasser nicht mehr benützt werden.

Berchtesgaden, 10. November 1891.

Dr. Hacker, k. Bezirksarzt.

Referate u. Bücher-Anzeigen.

Ribbert: Die pathologische Anatomie und die Heilung der durch den Staphylococcus pyogenes aureus hervorgerufenen Erkrankungen. Mit einer Doppeltafel. Bonn. Fr. Cohen 1891. 128 S.

Ribbert, durch seine Forschungen über die Pathogenese des Infectionsprocesses und namentlich über das Heilungsproblem bereits namhaft ausgezeichnet, liefert in vorliegender Experimentalarbeit neue werthvolle Beiträge zur Beantwortung jener wichtigen Fragen, wobei auch gewisse therapeutische Gesichtspunkte Berücksichtigung finden.

Der Staphylococcus pyogenes aureus erzeugt nach ihm da, wo er sich localisirt, gewöhnlich nekrotische Veränderungen des umgebenden Gewebes, deren Ausdehnung von seiner Virulenz abhängt. An sie schliesst sich aussen eine allmählig durch die nekrotische Zone bis zu den Coccen vordringende Infiltration mit mehrkernigen Leukocyten, eine Eiterung an. Die Einwirkung des Staphylococcus pyogenes aureus ist abhängig von den durch ihn gebildeten »Toxinen« (s. u.). Auf den Einfluss letzterer bezieht Verfasser ausser den Nekrosirungen noch die thrombotischen Processe in den Blutgefässen der Nieren, der Lungen und der Milz und ferner degenerative Vorgänge, die in der Niere als trübe Schwellung des Epithels, als Albuminurie und als fleckweise, von Coccen unabhängige nekrotische Veränderungen mit häufig nachfolgender Verkalkung, endlich im Herzen als Verkalkung von Muskelfasern und fettige Degeneration entgegentreten.

Was nun die »Toxine« betrifft, auf deren Wirkung Verfasser fast alle vorgefundenen pathologischen Veränderungen zurückführt, so sind darunter nicht nur die Toxine im eigentlichen Sinne (hauptsächlich Cadaverin), sondern auch die Proteïne des Staphylococcus, d. h. die eiweissartigen Bestandtheile seines Zellinhalts inbegriffen, wie dies auch Verfasser anführt. Denn letztere wirken nach den Untersuchungen von Referent eitererregend und sind daher bei den pathologischen Vorgängen jedenfalls betheiligt. Dagegen scheinen die Toxalbumine ohne wesentlichen Einfluss zu sein, da Verfasser in der Wirkung von Culturen, die bei 55—60° und solchen, die durch Kochen sterilisirt waren, einen prägnanten Unterschied nicht bemerken konnte. Durch Kochen werden bekanntlich die Toxalbumine, nicht aber die Proteïne ihrer Wirksamkeit beraubt. Freilich könnte man den Versuchen von Verfasser bezüglich der Toxalbuminbildung den Einwand entgegenhalten, dass seine Staphylococcenculturen auf festem Nährboden, auf Agar herangezüchtet waren, wobei die Gelegenheit zur Bildung von Toxalbuminen jedenfalls bei weitem geringer ist als bei Cultivirung in peptonhaltiger Lösung, wie sie von Brieger und C. Fränkel verwendet wurde. Das Condensationswasser der Agarröhrchen bietet hiefür keinen Ersatz, da dasselbe zu wenig gelöste Stoffe enthält.

In Analogie anderer bereits vorhandener Erfahrungen konnte gezeigt werden, dass eine künstliche Vermehrung der im Körper vorhandenen Giftmengen, durch Injection steriler Culturen ins Blut, die Ansiedelung der Coccen und ihre Vermehrung begünstigt. Die Schädigung des Gesammtorganismus übt also wiederum einen Einfluss auf den Ablauf der Localerkrankung; zugleich werden auch die Entzündungsherde umfangreicher, und dann zeigt sich noch das Auffallende, dass bei einer Ueberladung des Körpers mit Toxinen, in Folge intensiver Infection, die Zellansammlung um die ungewöhnlich umfangreichen Coccencolonien sich verzögert oder ausbleibt. Beispielsweise bei einem Kaninchen, dem Staphylococcen in die Cornea geimpft und gleichzeitig sterilisirte Coccen intravenös injicirt werden, zeigt sich, dass die Coccenansammlungen in der Cornea ganz ohne den sonst niemals fehlenden Wall von Eiterkörperchen bleiben. Referent kennt analoge Vorkommnisse von seinen Untersuchungen über Leukocytose her sehr wohl; dieselben erklären sich nicht etwa, wie Bouchard in seiner gefeierten Congressrede in Berlin meinte, durch einen lähmenden Einfluss gewisser Bacteriengifte auf die Diapedese, sondern weit einfacher durch die Concurrenz der anlockenden Wirkungen, indem die Leukocyten dem stärksten und nächstliegenden Zuge folgend durch die in's Gefässsystem injicirten bakteriellen Stoffe dort festgehalten und an der Auswanderung nach anderen, ebenfalls chemotactisch wirkenden Stellen verhindert werden. Massart und Bordet haben diese Auffassung neuestens bestätigt und bewiesen.

Verfasser erblickt in dem schädlichen Einflusse, welcher eine Steigerung der Toxinmenge im Gesammtorganismus auf den Localprocess ausübt, nur umgekehrt einen Beweis zu Gunsten der von ihm gehegten und in vielfacher Beleuchtung ausgesprochenen Idee, dass nämlich die Entfernung der Toxine von ausschlaggebender Bedeutung für die Heilung der durch den Staphylococcus hervorgerufenen Infection sein müsse. Dies bildete den Ausgangspunct für therapeutische Versuche, die zum Theil recht beachtenswerthe Resultate ergaben. Zunächst wurde versucht, auf die localen Erkrankungen der Haut durch feuchte Wärme einzuwirken, in der Absicht, durch die erhöhte Blutzufuhr und dadurch vermehrte Transsudation und Durchspülung der Haut eine raschere Abfuhr der Toxine zu ermöglichen. In der That heilten subcutane Staphylococceninjectionen am Kaninchenohr bei Behandlung mit warmen Breiumschlägen durchschnittlich doppelt so rasch wie beim nicht behandelten Controlthier, wobei zugleich eine intensivere und schnellere Ausbildung der Eiterung und Entzündung constatirt wurde und eine schärfere Begrenzung gegen die Umgebung. Dieser günstige Erfolg der altmodischen Behandlungsweise ist ohne Zweifel von Interesse, man braucht jedoch deshalb mit Verfasser hinsichtlich der Deutung noch keineswegs übereinzustimmen. Wirkt denn, so möchte man fragen, die gesteigerte Hyperämie und Entzündung nur auf die Entfernung der Toxine, muss nicht auch jener Leukocytenwall, von dem Verfasser nach seiner eigenen Theorie die Bekämpfung und Hemmung der Staphylococcenwucherung erwartet, unter solchen günstigen Bedingungen früher und vollständiger hergestellt werden? Und ferner, was würde überhaupt die Entfernung der Toxine nützen ohne Beseitigung und dauernde Vernichtung jener Productionsquellen, von denen sie immer wieder auf's neue erzeugt werden, nämlich der Coccen selbst? Nach unserer Auffassung, die doch sonst auch Ribbert theilt, wirkt eben der Entzündungsvorgang überhaupt bakterienfeindlich durch Factoren, deren Besprechung nicht hieher gehört und die auch zum Theil noch recht dunkel sind, die aber sicherlich nicht in erster Linie in der Beseitigung von Toxinen bestehen.

Verfasser ging dann direct darauf aus, nach dem Vorgange Sahli's durch intravenöse oder subcutane Injectionen reichlicher Wassermengen die Harnsecretion zu verstärken und so die Toxine aus dem Körper herauszuspülen, hatte jedoch keine entschiedenen Resultate. Dieselben wurden wesentlich besser, als zum Zweck vermehrter Diurese kohlensaures Natron zur Anwendung kam. Günstig wirkte der Zusatz einer kleinen Menge (0,02 bis 0,075 g) kohlensauren Natrons zu der Coccenemulsion, mit

welcher die Versuchsthiere inficirt wurden. Die so inoculirten Thiere blieben durchschnittlich länger am Leben als die Controlthiere, obwohl von einer direct schädigenden Einwirkung der angegebenen geringen Sodamenge auf die Coccen keine Rede sein kann. Noch günstiger erwies sich in einer späteren Versuchsreihe die Nachbehandlung mit Soda. Während nicht ein einziges der als Controlthiere dienenden, mit Staphylococcen inficirten Kaninchen am Leben blieb, wenn es nach der Infection sich selbst überlassen wurde, überstanden die meisten mit Soda behandelten Thiere die Infection, und diejenigen die zum Zweck der Untersuchung getödtet wurden, zeigten keine oder geringere Veränderungen der Nieren und des Herzens als die Controlthiere. Buchner-München.

Dr. Ernest Finger: **Die Blennorrhoe der Sexualorgane und ihre Complicationen.** Leipzig und Wien, Franz Deuticke 1891. II. vermehrte und verbesserte Auflage.

Der Umstand, dass von obengenanntem umfangreichem Werke des rühmlich bekannten Autors in der kurzen Frist weniger Jahre eine zweite Auflage nothwendig geworden ist, ist wohl am besten geeignet die Bedenken, mit denen der Verfasser an seine Arbeit ging, gründlich zu beseitigen, und wir können auch nach Einsichtnahme der jetzt vorliegenden Auflage nur betonen, dass Finger der selbstgestellten Aufgabe, die modernen Fortschritte auf dem Gebiete der Lehre von der Blennorrhoe zu skizziren, und darzulegen, wie sich dieselbe auf anatomische, aetiologische und klinische Studien gestützt zu einer exacten Wissenschaft ausgebildet hat, in vollem Maasse gerecht geworden ist. »Die Aetiologie hat wesentliche, fundamentale Fortschritte erfahren, die Pathologie, befreit von der sie bisher einengenden Schablone, bewegt sich in wissenschaftlichen Bahnen, das therapeutische Handeln hat damit eine sichere und breitere, rationellere Grundlage gefunden.« Diese neuesten wissenschaftlichen Errungenschaften, an denen der Autor selbst ausbauend und fördernd nicht unerheblichen Antheil genommen hat, sind in dem vorliegenden Werke, das wir aufs wärmste empfehlen können, zum Gebrauche für Theoretiker und Praktiker eingehend und erschöpfend geschildert. Kopp.

Dr. Anton Delbrück: **Die pathologische Lüge und die psychisch abnormen Schwindler.** 131 Seiten. Preis 3 M.

Wohl jeder, der Hysterische, moralisch Irre, oder auch gewisse Formen eigentlicher Geisteskrankheit genauer zu studiren sucht, kommt alle Augenblicke in Verlegenheit, wenn er sich klar machen will, in wiefern solche Patienten bei ihren Erzählungen bewusst oder unbewusst phantasiren, ob sie lügen und simuliren oder bona fide handeln, oder unter Umständen sogar unter dem Eindruck von Hallucinationen stehen. Wer gewohnt ist, bei Nichtgeisteskranken auf solche psychische Symptome zu achten, wird oft mit der gleichen Schwierigkeit zu kämpfen haben, besonders häufig gegenüber Leuten, die Koch als psychopathisch Minderwerthige bezeichnet, und es drängt sich ihm das Gefühl auf, dass absolut wahrhaftige Menschen, bewusste Lügner und Paralytiker oder Wahnsinnige, die von der Wirklichkeit ihrer Phantasien vollkommen überzeugt sind, nur Grenzfälle darstellen, zwischen denen eine ununterbrochene Folge von Uebergängen existirt. Bei diesen mischt sich bewusste Täuschung oder wenigstens mehr oder weniger klares Bewusstsein davon, dass am Erzählten etwas nicht ganz richtig sei, in innigster Weise und in allen möglichen Verhältnissen mit thatsächlich Erlebtem und mit den Producten einer mehr oder weniger abnormen Phantasie, welche von wirklichen Erlebnissen zu unterscheiden dem Patienten unmöglich ist. Dieses Symptom des ganz oder theilweise unbewussten, manchmal auch triebartigen Lügens und Schwindelns ist bis jetzt noch nirgends im Zusammenhange behandelt worden, und namentlich sind noch nirgends seine Beziehungen zu den verschiedenen Zuständen von Geisteskrankheit, zu gewissen Abnormitäten bei geistig Gesunden und bei Verbrechern genauer studiert worden; dem entsprechend werden auch die betreffenden Patienten in praxi meist ganz unrichtig beurtheilt.

An der Hand von fünf ausführlichen, sehr interessanten Krankengeschichten, denen er einige, die Details illustrirenden, zum Theil der Literatur entnommene Fälle auszugsweise beifügt, giebt nun Delbrück eine wie uns scheint alles Wesentliche erschöpfende Darstellung der Pseudologia phantastica, wie er dieses Symptom nennt. Zugleich wirft die verdienstvolle Arbeit Licht auf manche social wichtige Abnormitäten, auf das Verbrechenthum und sogar auf die eigentlichen Geisteskrankheiten, deren Symptomatologie nicht mit Unrecht als eine sehr gründlich bearbeitete gilt. Nicht nur für den Psychiater und Juristen, sondern auch für den practischen Arzt und überhaupt jeden der sich mit psychologischen Fragen sei es theoretisch sei es practisch beschäftigt, ist die Broschüre von grossem Interesse; das Studium derselben wird manchen Arzt vor übereilter Diagnose der Simulation schützen. Bleuler.

Vereins- und Congress-Berichte.

Deutsche Dermatologische Gesellschaft.

Congress 1891, 17.—19. September in Leipzig.

(Originalbericht von Privatdocent Dr. Kopp in München.)

IV. Sitzung. Vorsitzender: Pick.

Arning berichtet über einen Fall von **Pseudoleukämia cutis,** welcher ihm als Lupus zugeschickt worden war.

Die Patientin, ein junges Mädchen, welches auch der Versammlung vorgestellt wurde, befindet sich zur Zeit bereits auf dem Wege der Besserung unter continuirlich fortgesetzter Arsenikbehandlung (3 cg Acid. arsenic. pro die). Es fanden sich Tumoren von Linsen- bis Mandelgrösse an der Nasenspitze, an der Schleimhautgrenze am linken oberen Augenlied, an der Oberlippe rechts. Dann seitlich am Halse und an den oberen Extremitäten analoge Tumoren von derberer Consistenz. Ferner ein grösserer Knoten in der Mitte des harten Gaumens, und eine Gruppe von Knötchen um die Uvula herum. Die charakteristischen Eigenschaften des Lupus vulgaris aber fehlten. Eher hätte man vielleicht an Lepra denken können. Die Tumoren sassen besonders an Hals und Armen tief in der Cutis. Rumpf und untere Extremitäten waren frei. Von sonstigen Symptomen beachtenswerth beschleunigte Herzaction; organische Herzfehler auszuschliessen, Puls 100—130, nicht intermittirend. Lungenbefund normal; Urinmenge gering, enthält Spuren von Eiweiss; keine Nierenepithelien oder Harncylinder. Patientin ist noch nicht menstruirt. Zur Zeit der Uebernahme der Patientin seitens des Vortragenden war dieselbe sehr schwach und wurde daher von einem Versuche mit dem Koch'schen Mittel abgesehen. Eine milde Schmiercur und Jodkalium blieben ohne Erfolg, so dass auch die durch kurze Zeit angenommene Möglichkeit einer luetischen Aetiologie fallen gelassen werden musste. Die Application von 10 Proc. Pyrogallussalbe brachte den Tumor an der Nase rasch zum Zerfall, die Heilung mit Narbenbildung war aber nur von kurzer Dauer, der Hautknoten wuchs rasch wieder an. Dabei nahmen Abmagerung und Anämie zu, auch die übrigen Tumoren vergrössern sich, diejenigen am Arm fühlen sich ungemein hart an, keine subjectiven Beschwerden, weder Schmerz noch Juckreiz, keine Functionsstörungen. Die Haut über den Geschwülsten zeigt blaurothe Verfärbung, zu einer Perforation nach Aussen kam es nirgends. Auffallend war bei der Untersuchung der inneren Organe der enorme Milztumor, palpatorischer Druck erwies denselben als schmerzlos, die Oberfläche glatt. Malaria war auszuschliessen. Auffallende Lymphdrüsenschwellungen sind erst in letzter Zeit aufgetreten. Im Blute keine bacillären Elemente, keine Vermehrung der weissen Blutzellen. Ein schliesslich durchgeführter Versuch mit Tuberculininjectionen verlief ohne Spur einer localen oder allgemeinen Reaction; das gelblich-weisse durchscheinende Aussehen der Tumoren und ihre derbe markige Consistenz blieben unverändert. Der naheliegende Gedanke einer Hautsarkomatose liess die Prognose ziemlich ungünstig stellen. Erst nach Einleitung einer sehr energischen Arsenbehandlung wendete sich der Verlauf zum Besseren. An Stelle der allmählich zurückgehenden Tumoren stellten sich braune und bläulich-braune Flecke ein, der Milztumor ging zurück, Harn enthält noch immer etwas Eiweiss. Die mikroskopische Untersuchung der Geschwülste ergab ein diffuses Granulationsgewebe, ohne Abkapselung in die anliegenden Gewebe übergehend. Dasselbe findet sich speciell um die Knäueldrüsen und um die Gefässwandungen.

In diagnostischer Beziehung erinnert Arning an die unter dem Bilde einer typischen Hodgkin'schen Krankheit mit prurigoähnlicher Knötcheneruption und heftigem Juckreiz einhergehende und verlaufende Affection, welche jedenfalls ein klinisch von dem geschilderten Falle zu trennendes Bild darbiete. Handelt es sich um eine multiple sarkomatöse Erkrankung, oder hat man es mit einer vielleicht abnorm langsam verlaufenden Leukämie resp. Pseudoleukämie zu thun? Der Vortragende neigt sich letzterer Auffassung zu.

An der Discussion betheiligen sich Joseph, welcher über eine dem Falle Arning's ähnlich, jedoch erheblichere Tumorenbildung bei

einem 31jährigen Manne berichtet; innerhalb 6 Monaten Exitus letalis; die mikroskopische Untersuchung ergab an exstirpirten Drüsen und Tumoren überall deutliche Lymphosarkome. Betheiligung der Mesenterial- und Mediastinaldrüsen. Der jetzt beschriebene Fall bietet wenig Analogien mit dem früher von ihm beschriebenen. Kaposi hat zwei Fälle gesehen und berichtet über eine Heilung mit subcutanen Arsenikinjectionen. Touton und Pick haben Fälle gesehen und bestätigen den günstigen Einfluss der Arseniktherapie. Die Verschiedenheit der klinischen Bilder erklärt sich durch Verschiedenheiten der Intensität der Erkrankung und des Verlaufes. Neumann und Neuburger sprechen zur Casuistik, letzterer auch über die Beziehungen zwischen Leukämie und Pseudoleukämie, sowie über den mikroskopischen Befund in leukämischen Tumoren. Schwache Tinctionsfähigkeit, Fehlen der eosinophilen Zellen.

Galewsky stellt einen Fall von **Pityriasis rubra pilaris** vor. Von einem zweiten Fall werden Bilder gezeigt. Der mikroskopische Befund deckt sich mit den von Cäsar Boeck und Besnier gegebenen Schilderungen. Es handelt sich um eine mit trichterförmiger Erweiterung der Haarfollikel einhergehende Hyperkeratose. Abtrennung dieser Erkrankung von dem Lichen ruber acuminatus von Hebra-Kaposi. Therapeutisch verdiene bemerkt zu werden der Nutzen erweichender Bäder und innerer Arsentherapie.

An der Discussion betheiligen sich Neisser, Neumann, Blaschko, welche diese Erkrankung als eine eigenartige bezeichnen zu müssen glauben, während Kaposi wohl den Namen Keratosis follicularis zugibt, dagegen bezüglich der Selbständigkeit dieses Krankheitsbildes Bedenken äussert, welche dem Referenten wenig verständlich waren.

V. Sitzung. Vorsitzender: Doutrelepont.

In dieser Sitzung gelangten zunächst eine Reihe sehr interessanter Krankheitsfälle zur Demonstration. Wir erwähnen in erster Linie einen Fall von **Veiel**, bei welchem in Uebereinstimmung mit dem Vorstellenden die überwiegende Mehrzahl der an der Discussion betheiligten Herren die Diagnose Mykosis fungoides stellen zu dürfen glaubte, während Lang eine ekzematös veränderte Psoriasis annimmt. Kollmann demonstrirt ein neues Instrument zur Erweiterung von Stricturen. Lesser stellt vor: einen Fall von Urticaria pigmentosa, eine Familie, in der zahlreiche Glieder an Keratosis palmaris et plantaris congenita erkrankt sind, 2 Fälle von Dermatolysis hereditaria, Präparationen von sogenannten Ringelhaaren, und eine Familie, in welcher die sogenannte Atrophia pilorum intermittens beim Vater und mehreren Kindern besteht. Friedheim demonstrirt einen Fall von Sklerodermie, sowie einen Fall von Lepra maculosa et tuberosa und spricht sich günstig über die Wirkung des Chaulmoograöls bei Leprakranken aus. Doutrelepont zeigt Präparate und Abbildungen, welche das massenhafte Vorkommen von Leprabacillen im Blute zur Zeit der acuten Nachschübe der Erkrankung zu demonstriren geeignet sind. Endlich demonstrirt Touton an vorzüglichen mikroskopischen Präparaten die feinere Anatomie der Akne varioliformis seu neurotica (Boeck), Ehrmann spricht über Pigmentfasern im Rete, über die Bedeutung der Herxheimer'schen Fasern, und über periphere Neuritis auf syphilitischer Basis (auch schon der Secundärperiode), sowie deren differentielle Diagnose gegenüber Poliomyelitis und meningealen Erkrankungen. Ein lichtvoller Vortrag von Winternitz, welcher zum Theil auf neue persönliche Versuche gestützt, die Respirationsverhältnisse durch die intacte menschliche Haut zum Gegenstande hatte, bildeten den Schluss dieser Sitzung.

Gesellschaft für Morphologie und Physiologie zu München.

(Officielles Protokoll.)

O. Loew: Ueber die Giftwirkung der Stickstoffwasserstoffsäure. Vorgetragen am 3. November 1891.

Unsere Kenntniss von den anorganischen Stickstoffverbindungen ist bekanntlich im vergangenen Jahre Dank der bewunderungswürdigen Arbeiten von Th. Curtius, durch die Stickstoffwasserstoffsäure und das Azoimid

$$N_3H = \begin{matrix} N \\ \| \\ N \end{matrix} > NH$$

bereichert worden[1]). Da zwei andere Wasserstoffverbindungen des Stickstoffs, das Hydroxylamin NH_2OH und das Diamid N_2H_4 sich als intensive Gifte erwiesen haben, so lag die Frage nahe, wie verhalten sich die Salze jener merkwürdigen Säure gegen pflanzliche und thierische Organismen? Da ich durch die Güte des Herrn Prof. Curtius in Besitz von etwas Natriumazoimid gelangte, so unternahm ich eine Anzahl Versuche, um jenes Verhalten zu prüfen.

Das Natriumazoimid NaN_3 ist ein leicht lösliches Salz von schwach alkalischer Reaction.

Versuche an Gerstenkeimlingen, welche in Nährlösungen mit 0,2 p. m. jenes Salzes gesetzt wurden, liessen bald eine intensive Giftwirkung erkennen und am 5. Tage nach dem Einsetzen der Keimlinge in diese Lösung waren sie in allen Theilen abgestorben. Noch schneller trat der Tod in jener Lösung bei Lupinenkeimlingen und Valisneriablättern ein. Die Zellen der letzteren liessen schon am 3. Tage keine Spur von Plasmaströmung mehr erkennen.

Auf Algen (Spirogyra, Oscillaria, Diatomeen, Desmidiaceen) wirkt jenes Salz weit langsamer ein; denn in einer 5fach stärkeren Lösung wie dort blieben sie mehrere Tage lebend, bei Spirogyren konnten selbst nach 10 Tagen noch lebende Zellen beobachtet werden. Der Absterbeprocess bei den Spirogyren ging mit einer sehr langsam eintretenden Granulation Hand in Hand. — In einer 0,1 p. m. Lösung (10fache Verdünnung der vorigen) blieben die Algen überhaupt lebendig.

Für Bacterien ist das Natriumazoimid ein sehr scharfes Gift; 1 p. m. desselben verhinderte trotz mehrfacher Infection jedes Bacterienwachsthum in einer mit weinsaurem Natronkali hergestellten Nährlösung; ja auch als diese Lösung noch auf's 5fache verdünnt und mit 5 p. m. Glucose versetzt wurde, blieb die Bacterienentwickelung aus, während in den Controlversuchen, welche Ammoniak enthielten, bald eine rapide Entwickelung eingetreten war. Ebenso energisch wirkt das Salz auf Schimmelpilze, weit schwächer jedoch auf Sprosspilze (Bierhefe).

Infusorien starben nach 2—2½ Stunden in einer 1 p. m. Lösung jenes Salzes in Quellwasser, wobei Anfangs Lähmungserscheinungen zu beobachten sind. Crustaceen starben nach 1 Tag in einer Lösung von 0,1 p. m. Wasserkäfer und Schnecken starben in der gleichen Lösung erst nach 3 bis 4 Tagen, Egel und Insectenlarven lebten noch nach 6 Tagen. In einer 5mal stärkeren Lösung starben Nematoden, Planarien, Ostracoden, Copepoden, Asseln, Insectenlarven und junge Schnecken schon nach 30—40 Minuten, wo bei dem Tode Lähmungserscheinungen vorausgehen. Kleine Wasserkäfer und Egel starben darin nach 2½—3 Stunden.

An Mäusen wurden einige Versuche von Herrn Professor Dr. Emmerich angestellt. Derselbe hatte die Güte mir folgendes darüber mitzutheilen:« »Die subcutane Injection von 7cc. der 1 proc. Lösung des Natriumazoimids bewirkte bei einer grossen Maus schon nach 10 Stunden blitzartig auftretende Krämpfe, Emprosthotonus und sofortigen Tod. Aber auch schon 0,1 ccm subcutan einer Maus injicirt, verursachten nach 3 Minuten Paralyse der Extremitäten, Nach 2 weiteren Minuten klonische Krämpfe sämmtlicher Muskeln, Emprosthotonus und Tod. Bei sofortiger Eröffnung der Brusthöhle contrahirten sich die Herzhöfe noch einige Male, dann stand das Herz still. Das Blut war sehr dunkel.«

Ein Versuch an einem Kaninchen, welcher von Herrn Docenten Dr. L. Pfeiffer und mir gemeinschaftlich verfolgt wurde, ergab nach Injection von 0,03 g jenes Salzes nach 8 Minuten Zuckungen, nach weiteren 10 Minuten Lähmung der vorderen Extremitäten und Verlangsamung des Herzschlags. Nach weiteren 16 Minuten Krämpfe und Lähmungserscheinungen an den hinteren Extremitäten, das Thier fällt um. Bald darauf starke Dyspnoe, welche von einzelnen Krämpfen unterbrochen bis zum Tod anhält, welcher 1 Stunde 44 Minuten nach der Injection erfolgte.

[1]) Nach einer neuen Mittheilung von Nölting und Grandmongin (Ber. Deutsch. Chem. Ges. 24, 2546) ist die Säure leicht aus den Dinitrodiazobenzolimid durch Spaltung mit alkoholischem Kali und Destilliren nach dem Ansäuren zu erhalten.

Fragen wir nach dem Grunde der intensiven Giftwirkung, so ist wohl die plausibelste Erklärung folgende: Das Azoimid N_3H und dessen Salze sind, wie Curtius berichtet, sehr leicht und oft unter heftiger Explosion zersetzlich. Wenn nun die Lebensbewegung in den Zellen ebenfalls die Zersetzung anregt, durch die Uebertragung der heftigen Atomschwingungen im lebenden Protoplasma, so kann der plötzliche Zerfall zurückwirken auf das Protoplasma und durch Umlagerung in demselben das Absterben herbeiführen. Sind vollends diese Zellen Ganglienzellen, so können solche Vorgänge als Reize wirken, die in den Muskeln als Krämpfe erscheinen. Heftigere Reize mögen dann den Absterbeprocess des Nervensystems einleiten. — Da die chemische Thätigkeit lebender Zellen viel Aehnlichkeit mit katalytischen Wirkungen hat, so versuchte ich, ob in der wässerigen Lösung des NaN_3 auch durch Platinmohr eine Zersetzung herbeigeführt werden könnte. In der That ist dieses der Fall und unter heftiger Gasentwicklung findet die Bildung von Ammoniak statt. Der Vorgang dürfte sich durch folgende Gleichung ausdrücken lassen:

$$N_3Na + 2\,H_2O = NH_3 + N_2O + NaOH$$

Eine weitere Untersuchung muss entscheiden, ob das entweichende Gas in der That Stickstoffoxydul ist.

64. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte.

Halle a. S., 21.—25. September 1891.

Section für innere Medicin.

Behandlung der Tuberculose nach Koch.

Aufrecht-Magdeburg leitet die Discussion mit der Berichterstattung über die von ihm gesammelten Erfahrungen ein. Er theilt seine Patienten in vier Kategorien ein: In die erste gehören jene mit einfacher pneumonischer Verdichtung der Lungenspitzen; die zweite umfasst jene, bei denen sich eine ausgesprochene Dämpfung mit tympanitischem Klang, Rasselgeräuschen, also kleine Cavernen fanden; die dritte Gruppe enthält Fälle, bei welchen ausgebreitete Dämpfungen und Rasselgeräusche auf grössere Cavernen schliessen liessen und in die vierte rangiren die sehr schweren hektischen Fälle mit grösserer Abmagerung, Schwäche, Kurzathmigkeit, Nachtschweiss, hectischem Fieber etc. Dass bei diesen letzteren keine Heilung zu erwarten war, ist selbstverständlich, aber auch nicht eine geringe Besserung, sondern im Gegentheil eine Verschlimmerung stellte sich ein und die Kranken gingen früher zu Grunde, als dies ohne die Behandlung der Fall gewesen wäre. Hingegen konnten von 112 Fällen der anderen Gruppen 48 als geheilt, 37 als bedeutend gebessert, 22 als gebessert und 5 im ursprünglichen Zustande entlassen werden.

Die von Virchow als catarrhalische Pneumonie bezeichnete Complication der Tuberculinbehandlung führt Aufrecht auf die häufige und zu starke Injection zurück. Diese Tuberculinpneumonie lässt sich vermeiden, wenn man seltenere und kleinere Dosen injicirt, ebenso ist das Fieber bei Anwendung kleiner Dosen zu vermeiden. Bei Injection grösserer Dosen, von 10 mg und darüber entstehen auch Herz- und Magenbeschwerden. Aufrecht beginnt mit 0·1 mg und steigt einen Tag um den anderen um 0.1 mg, bis er zu 1 mg gelangt; von da wurde in Steigerungen von je 0·5 mg bis zu 5 mg fortgefahren. Sobald sich Symptome, wie Seitenstechen, blutiges Sputum und Rasselgeräusche, zeigen, sind die Injectionen auszusetzen. Bei leichtem Fieber oder Gewichtsverminderung darf über 1 mg nicht hinausgegangen werden. Die Injectionen dürfen nicht sistirt werden, wenn alle Krankheitserscheinungen geschwunden sind, sondern müssen noch nachher von 8 zu 8 Tagen fortgesetzt werden. Die Thatsache, dass von den als geheilt entlassenen Kranken manche wieder recidiv werden, spricht nicht gegen das Tuberculin, sondern beweist, dass dasselbe nicht eine entzündliche Abgrenzung der tuberculösen Herde bewirkt, sondern deren Umgebung immunisirt, die Ausbreitung derselben verhindert und somit dem Arzt Zeit lässt, anderweitige Hilfsmittel herbeizuziehen. Das Tuberculin ist demnach kein Heilmittel, sondern ein Hilfsmittel zur Heilung der Tuberculose. Dasselbe vermag in frischen Fällen und bei leichterer Erkrankung Hilfe mit ziemlicher Sicherheit herbeizuführen, während bei schweren Fällen mit grösseren Cavernen eine Verlängerung der Lebensdauer ermöglicht werden kann.

Kaatzer-Rehburg hat von 33 Lungentuberculösen 6 Heilungen und 13 erhebliche Besserungen erzielt. Bei allen Kranken stellt sich nebst dem günstigeren localen Befund eine Gewichtszunahme bis zu 20 Pfund ein. In allen seinen Fällen handelt es sich um Kranke im ersten Stadium der Tuberculose.

Besonders scharf gegen das Tuberculin tritt Römpler-Görbersdorf auf, der eine Reihe von Fällen anführt, in welchen das Mittel schädlich eingewirkt hat. Leichte Fälle von Lungentuberculose heilen nach ihm auch ohne Tuberculin, in den schweren Fällen wirkt es eben nicht. Wir haben kein Recht, meint er, mit einem Mittel zu experimentiren, von dem wir bisher nur das Eine positiv wissen, dass es sehr schaden kann.

Rumpf-Marburg führt Fälle an, die unter Anwendung des Tuberculins überraschend schnelle, erhebliche Besserung erfahren haben.

Lenhartz-Leipzig theilt Beobachtungen von Kranken mit, die ambulatorisch behandelt worden sind und blos durch Tuberculin ohne jede Aenderung ihrer sonstigen Lebensweise ganz erfreuliche Besserungen aufzuweisen haben. Ein wirkliches Heilmittel ist das Tuberculin jedoch nicht, da die Bacillen aus dem Sputum trotz langer Behandlung nicht verschwinden.

Weber-Halle hat im Ganzen über 160 Kranke an Lungentuberculose mit Tuberculin behandelt, von denen manche nicht nur bedeutend gebessert, sondern auch als geheilt angesehen werden konnten. Von diesen kehrten aber viele mit Recidiven zurück. Er empfiehlt daher die Fortsetzung der Versuche in Kliniken, nicht aber seitens der praktischen Aerzte, mit kleinen Dosen, die jede Gefahr vermeiden. (Nach Wr. Med. Pr.)

(Fortsetzung folgt.)

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 11. November 1891.

Vorsitzender: Herr Virchow.

Herr Schleich: Ueber die combinirte Cocaïn-Aether-Anästhesie.

Unter den bisherigen Mitteln der Localanästhesirung hat das Cocaïn den Vorrang behauptet; aber auch dieses ist nicht allgemein eingedrungen, es hat sich keine bestimmte Technik ausgebildet. Das liegt darin, dass man von dem Mittel eine regionäre Wirksamkeit erwartete; es sollte unter oder in die Haut gespritzt, den Nervenstämmen entlang auf- und abwärts Anästhesie erzeugen. Sch. ging bei seinen Versuchen von der Ansicht aus, dass man von dieser regionären Wirkung ganz absehen muss; nur das Gewebe ist wirklich anästhetisch, welches von der Flüssigkeit ganz infiltrirt ist. Seine Versuche haben ergeben: 1) dass eine Lösung von 0,02 Cocaïn auf 100 Wasser das nervenreichste Gewebe, nämlich der Papillen der Haut, anästhesirt; 2) das destillirte Wasser leistet das Gleiche; 3) physiologische Kochsalzlösung und 0,6 proc. Zuckerlösung haben keinerlei anästhesirende Wirkung. Daraus geht hervor, dass dem destillirten Wasser der grösste Theil der Wirkung zukommt, was sich auch dadurch stringent beweisen lässt, dass 0,2 Cocaïn auf 100 g physiologische Kochsalzlösung keine Anästhesie hervorbringt. Auf Grund dieser Thatsachen suchte und fand Sch. andere, weniger differente Mittel: 2 Proc. Coffeïn, 2 Proc. Bromkali, 3 Proc. Zuckerlösung haben den gleichen Effect.

Mit der $^1/_5$ proc. Cocaïnlösung, injicirt unter Aetherspray, hat Sch. auch Laparotomien, 10 an der Zahl, ausgeführt, wovon 5 ganz ohne Chloroform. (Demonstration mehrerer exstirpirter intraabdominaler Tumoren.)

Das ist nur zu erreichen, wenn man in der ganzen Länge des geplanten Hautschnittes durch endermatische (nicht hypodermatische) Injection der Lösung Quaddel an Quaddel reiht, und fortschreitend auch in die tieferen Gewebsschichten nach Nothwendigkeit injicirt. Die grosse Schmerzhaftigkeit dieser Procedur, welche dem Verfahren bisher im Wege war, wird beseitigt durch die gleichzeitige Anwendung des Aetherspray. Es genügt, die Haut leicht zu betäuben und der Schmerz des Einstichs ist verschwunden. Das Verfahren braucht eine ausgebildete Technik, die erworben sein muss.

Sch. stellt von nach dieser Methode operirten Fällen vor: u. a. die Excision eines grossen Carbunkels am Oberschenkel, ein Melanosarkom der Kopfschwarte, eine Radicaloperation einer Hydrocele, einen in 4 Wochen verheilten Bruch der Patella (der Knochen ist unempfindlich, sobald das Periost anästhesirt ist; gelangt man in's Mark, muss man wieder injiciren); einen Bubo inguinalis, einen Fall, der den Beweis liefert, dass man auch im entzündeten Gewebe das Verfahren anwenden kann. Bei zwei Nephrorrhaphien hat sich herausgestellt, dass die Nieren ganz unempfindlich sind gegen Stiche.

Bei Laparotomien kann man immer ohne Chloroform auskommen, wenn man constatiren kann, dass die Tumoren ohne Verwachsungen sind. Wo bereits Verwachsungen bestehen, giebt man aber ein wenig Chloroform, bis die Verwachsungen gelöst

sind. Von den 10 Laparotomirten Scheich's hat keine auch nur ein einziges Mal erbrochen. Das ist gewiss ein Vortheil. Hat man den Tumor erst einmal vor die Bauchwunde gewälzt, so kann man sicher ohne Chloroform auskommen, denn der Stiel lässt sich sicher anästhesiren.

Die Chloroformnarkose ist immerhin eine Vermehrung der Operationsgefahr für den Kranken. Man soll sie nur da hervorrufen, wo das unbedingt nöthig ist, dagegen ist das Cocaïn nie gefährlich, da die Maximaldosis kaum je erreicht wird, und, wenn man ihr nahe kommt, man in der Lage ist, das Cocaïn durch Coffeïn u. s. w. zu ersetzen.

Zum Schluss stellt Sch. noch eine ohne Chloroform ausgeführte Gastrostomie vor.

Herr Gluck kann aus eigener Anschauung die Angaben des Herrn Schleich bestätigen. Er weist auf seine eigenen Versuche in dieser Richtung vom Jahre 1887 zurück, die wegen ungenügender Resultate aufgegeben wurden. Er hält Schleich's Methode für eine sehr werthvolle Bereicherung der chirurgischen Methode.

Herr Oppenheimer ist selbst von Schleich nach seiner Methode operirt worden. Ein ausserordentlich schmerzhaftes Panaritium des linken Daumens wurde bis auf den Knochen gespalten, umschnitten, und mit dem scharfen Löffel ausgekratzt, ohne dass Oppenheimer mehr als ein leichtes Krabbeln empfunden hätte. Er constatirt, dass die Beunruhigung, mit der ein Jeder einer Operation sich stellt, bei ihm in dem Augenblick verschwunden war, wo er sich überzeugte, dass thatsächlich kein Schmerz vorhanden sei. So wurde ihm verständlich, wie eine Patientin, bei deren Laparotomie er assistirte, eine augenscheinlich ängstliche und nervöse Frau, während der Operation sichtlich ruhiger wurde. Diese psychische Beruhigung erscheint O. für die Anwendung der Methode von hoher Bedeutung; in keinem Falle wird die Aufregung der Kranken je einen so hohen Grad erreichen, wie im Excitationsstadium der Narkose.

Fortsetzung der Discussion über den Vortrag des Herrn **A. Fränkel: Zur Diagnostik der Geschwülste des Brustraums.**

An der Debatte betheiligen sich: die Herren P. Guttmann, Litter, Senator, B. Körte und A. Fränkel.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 3. November 1891.

Vorsitzender: Herr Eisenlohr.

(Schluss.)

II. Herr **C. Lauenstein: Bemerkungen zur Beurtheilung und Behandlung von Verletzungsfolgen vom Gesichtspunkte der Unfallversicherung, sowie zum Capitel der Simulation.**

Vortragender knüpft seine Bemerkungen an die Fälle, die er in vorletzter Sitzung vorgestellt hat.

Fall I betraf einen 39 jährigen Arbeiter, der durch einen Unfall einen linksseitigen, äussern Leistenbruch und eine complicirte Luxation des rechten Ellbogengelenks erworben hatte. Letztere musste durch eine Drahtnaht vereinigt werden. Ende October 1890 wurde Patient auf Wunsch in Heilung entlassen; der Arm zeigte gute Festigkeit, die Drahtnaht war eingeheilt, der Leistenbruch wurde durch ein Band zurückgehalten. Patient erhielt zunächst die Vollrente. Von Januar bis Juni 1891 wurde Patient dann auf Veranlassung anderer Aerzte am Arm mit gymnastischen Uebungen behandelt, die jedoch keinen Nutzen brachten. Trotzdem wurde in August d. J. seine Rente auf 40 Proc. Erwerbsunfähigkeit herabgesetzt, wobei der Leistenbruch unberücksichtigt blieb, da man annahm, dass die Anlage hierzu schon früher bestanden hätte. Jetzt ist die Beweglichkeit des Ellbogens nur minimal und unter Schmerzen möglich. Die Muskeln des Arms sind atrophisch geworden. Vortragender bemängelt die gymnastische Behandlung des Arms, die den Zustand eher verschlimmert habe. Auch die Hernie hätte bei Abschätzung der Invalidität mit herangezogen werden müssen, dann wäre wohl ein höherer Procentsatz als 40 Proc. angenommen worden. Solche Differenzen, die zum Nachtheil der Kranken ausfallen, rühren von der »discontinuirlichen« ärztlichen Begutachtung her.

Die Frage, ob ein Bruch als ein Unfall zu betrachten ist, bejaht Lauenstein. Die Anlage zum Bruch existirt zwar oft schon von Jugend auf. Doch können solche Menschen Jahre und Jahrzehnte von dieser Anlage unbelästigt bleiben. Erst wenn durch ein Trauma (hier der Unfall) das Eingeweide in den Bruchsack tritt, so ist die Hernie da mit allen ihren Gefahren und der beschränkten Arbeitsfähigkeit. Daher muss eine Hernie bei Abschätzung der Invalidität mit berücksichtigt werden. Die Frage, ob man zur Radicaloperation rathen soll, ist nur bedingt zu bejahen. Die Mortalität derselben beträgt trotz aller Antiseptik noch immer 1—3 Proc.; der Dauererfolg ist in 10—13 Proc. der Fälle nur mangelhaft. Man sollte daher nur dann operiren, wenn die Kranken es selbst ausdrücklich wünschen, und sie auf den eventuellen Misserfolg aufmerksam machen.

Fall II betraf einen 66 jährigen Ewerführer, der vor 3 Jahren eine rechtsseitige Kniegelenksverletzung erhalten hatte. Vor 2 Jahren luxirte sich Patient das linke Schultergelenk, das aber sofort wieder eingerichtet wurde. Nachdem Patient zuerst die Vollrente bezogen hatte, erhielt er vor einem Jahr 75 Proc. zugebilligt. Bei den verschiedenen ärztlichen Untersuchungen (5 Aerzte) wurde Patient bald als Simulant bezeichnet, bald wurde eine »traumatische Neurose« diagnosticirt, bald wurde seine Erwerbsfähigkeit nur auf 20 Proc. abgeschätzt. Lauenstein fand bei seiner Untersuchung, dass das rechte Kniegelenk völlig steif gehalten und weder activ noch passiv gebeugt werden konnte. Aeusserlich bestand keine Differenz gegen das linke Knie; auch konnten keine objectiven Veränderungen am Gelenk constatirt werden. Auch der linke Arm wurde für steif erklärt. Die linke Hand erschien etwas livide gefärbt und geschwollen, sonst bestand auch hier nichts objectiv Pathologisches. Das Gefühl wurde am Dorsum und der Vola manus als aufgehoben bezeichnet; dagegen sollte es an der Radial- und Ulvarseite der Hand erhalten sein. Eine Diagnose war nach diesen Symptomen nicht zu stellen. Lauenstein griff deshalb zur Chloroformnarcose, die besonders auch im Excitationsstadium zur Erkennung angeblicher Lähmungen und Anaesthesien sehr brauchbar ist. Als Lauenstein im Beginn dieses Stadiums seine Hand in die angeblich steife linke Hand des Patienten legte, schloss derselbe sofort krampfhaft seine Finger und hielt die eingelegte Hand fest. Nach Eintritt völliger Narcose war es ein Leichtes, das angeblich steife linke Knie bis zum völlig spitzen Winkel zu beugen. Hierbei fühlte man weder Crepitation noch sonst Hindernisse im Gelenk. Hiermit war für Lauenstein die Simulation für den vorliegenden Fall erwiesen.

Vortragender betont noch die Wichtigkeit des ersten ärztlichen Attestes bei Unfallverletzungen, das oft mangelhaft abgefasst werde. In Bezug auf die Abschätzung der Erwerbsunfähigkeit glaubt Vortragender, dass wir Aerzte hierauf kein zu grosses Gewicht legen sollten, da wir mit den Functionen der hier in Betracht kommenden Arbeiter zu wenig vertraut seien. Er erinnert an die Wahnsinns- und Blödsinnigkeitserklärung beim richterlichen Verfahren, die auch nicht vom Arzt, sondern vom Richter auszusprechen sei, und möchte bei Unfallssachen die Abschätzung der Einbusse an Erwerbsfähigkeit den technischen Sachverständigen überlassen wissen.

Discussion. Herr Jaffé stimmt mit den Ansichten des Vorredners über die Auffassung der Hernien als Unfall nicht ganz überein. Er erinnert an Roser's Schrift: »Wie entstehen die Brüche? Ist ein Unterleibsbruch als Unfall zu betrachten?«, in welcher dargelegt wird, dass ein Bruch ohne Bruchsack undenkbar sei, letzterer aber durch äussere Gewalt, Anstrengung u. dgl., wie sie beim Unfall in Frage kommen, nicht entstehen könne. Wenn Herr Lauenstein einen Bruch als vorhanden erst anerkennen wolle, wenn ein Eingeweide in den Bruchsack ausgetreten sei, so würde bei reponibeln Hernien der »Bruch« in jedem Augenblick zu beseitigen sein und damit der Anspruch auf eine Unfallsrente hinfällig werden. Jaffé glaubt, dass man principiell überhaupt nicht feststellen solle, ob ein Bruch als Unfall anzusehen sei oder nicht, sondern von Fall zu Fall entscheiden, ob voraussichtlich schon früher der gerade vorliegende Bruch manifest gewesen sei. Er citirt eine Recursentscheidung des Reichsversicherungsamtes vom Jahre 1888–89 (Nr. 99), wo es heisst: .... »gerade in Leistenbruchfällen erscheint es geboten, vom Verletzten den unwiderleglichen Beweis für die Enstehung des Bruchs durch einen Betriebsunfall zu fordern.« Darum sei man bei Leistenhernien, zumal wenn sie gross sind, in Bezug auf die angeblich plötzliche Entstehung zuerst etwas skeptisch. Man denke daran, wie ja auch Herr Lauenstein schon

erwähnte, dass, abgesehen von jeder Simulation, jeder Mensch einen Bruch resp. Bruchsack haben kann, ohne es zu wissen und ohne jemals etwas davon verspürt zu haben. Für viele Fälle trifft gewiss Kingdon's Ausspruch zu: »A hernia is a disease, not an accident.«

Herr Wallichs stimmt mit Herrn Lauenstein in den gerügten Mängeln des ersten ärztlichen Attestes überein. Hier bedürfe es entschieden der Abhülfe. Er erinnert an das jüngste Schreiben des Vorstandes der Berufsgenossenschaften an die Aerztekammern und theilt mit, dass der Ausschuss der preussischen Aerztekammern beschlossen habe, der Aufforderung, eigene Collegien für Unfallssachen zu wählen, keine Folge zu geben. Der Vorstand sei mit seinen Forderungen an den Aerztevereinbund zu verweisen.

Herr Eisenlohr schlägt vor, die Discussion nach bestimmten Categorien abzuhalten, damit dieselbe nicht zersplittert werde und gibt hierauf ein kurzes Résumé des jetzigen Standpunktes bei den Unfallverletzungen mit specieller Berücksichtigung der nervösen Erscheinungen.

Die Fortsetzung der Debatte wird vertagt.

Verschiedenes.

(Rechtsprechung.) Ein für den ärztlichen Stand peinlicher Fall beschäftigte vor Kurzem die Strafkammer des Landgerichts München. Angeklagt war ein früherer Schneidergeselle und Handlungsgehilfe Namens Steiner, ein wegen Unterschlagung und Bettelns bereits vorbestrafter Mensch, wegen Betrugs. Der pract. Arzt Dr. G. in Moosburg hatte den Angeklagten als angeblichen Medicinstudirenden kennen gelernt und wiederholt mit seiner Vertretung in der Praxis betraut. In dieser Thätigkeit befriedigte ihn Steiner so sehr, dass er nicht anstand, denselben seinem Collegen Dr. E. in Wartenberg als Vertreter zu empfehlen. Auch den letzteren Arzt, den er während 4 Tagen in der Praxis und im Krankenhause vertrat, wusste Steiner so vollständig zu täuschen, dass derselbe ihm empfahl, sich in der Nähe als Badearzt niederzulassen. Bezirksarzt Dr. M. in Erding, der gelegentlich der Prüfung der Rechnungen des Krankenhauses Wartenberg den Schwindel aufdeckte, bekundete in der Verhandlung, dass Steiner sehr schätzenswerthe medicinische Kenntnisse besitze und seine Recepte von denen eines wirklichen Arztes nicht zu unterscheiden gewesen seien. Die Strafkammer erkannte auf 2 Monate Gefängniss, getilgt durch die Untersuchungshaft. In den Urtheilsgründen wurde hervorgehoben, dass zwar nachgewiesen erscheine, dass Steiner sich den Doctortitel beigelegt, ärztliche Praxis ausgeübt und hierbei mehrere Betrügereien begangen habe, die vom Schöffengerichte ausgesprochene Strafe jedoch zu hoch erscheine, da die Geldbeträge, um die es sich handle, ganz minimale seien und die von ihm gemachten Verordnungen den medicinischen Vorschriften entsprächen.

Die Strafkammer in Halle a. S. hat Anfang October 1891 den praktischen Arzt Dr. med. B. aus Lauchstädt zu 30 M. Geldstrafe verurtheilt. Er hatte unterlassen, die in Lauchstädt ausgebrochene Typhusepidemie der Polizeibehörde anzuzeigen, wodurch die nöthigen Vorsichtsmassregeln unterblieben seien, in Folge dessen eine grosse Anzahl Personen vom Typhus befallen worden seien und einige sogar ihren Tod gefunden hätten. Der Gerichtshof nahm nur Uebertretung der betreffenden Medicinalverordnungen an, während der Staatsanwalt wegen fahrlässiger Tödtung ein Jahr Gefängniss beantragt hatte.

Therapeutische Notizen.

(Die Behandlung des Keuchhustens) bespricht Liebermeister in dem soeben erschienenen IV. Band seiner »Vorlesungen über specielle Pathologie und Therapie« wie folgt: Zunächst ist von Wichtigkeit die Prophylaxe. Da die Krankheit nur durch Ansteckung entsteht, so ist dafür zu sorgen, dass die kranken Kinder von den gesunden fern gehalten werden. In Zeiten epidemischer Verbreitung gelingt es häufig, gesunde Kinder durch Vermeidung des Verkehrs mit kranken vor der Erkrankung zu schützen; eine solche Absperrung ist wegen der grösseren Gefahr der Krankheit besonders wichtig bei kleinen und bei schwächlichen Kindern. Schädlichkeiten, welche gewöhnliche Katarrhe hervorrufen können, und namentlich Erkältungen sind, weil sie die Entstehung des Keuchhustens begünstigen können, sorgfältig zu vermeiden.

Das Stadium catarrhale verlangt die gleiche Behandlung wie ein gewöhnlicher fieberhafter Katarrh. Die Kinder sind in gleichförmiger Temperatur und, so lange Fieber besteht, im Bett zu halten. Dabei kann man eine Schüttelmixtur mit Sulfur aurat.[1]) oder kleine Dosen Tartarus stibiatus oder ein Ipecacuanha-Infusum geben. Die gleiche Behandlung ist fortzusetzen beim Beginn des Stadium convulsivum. Wenn die Hustenanfälle heftiger werden, sucht man durch Mittel, welche die Zähigkeit des Schleims vermindern, die Anfälle zu erleichtern. Von günstiger Wirkung in dieser Beziehung ist die seit langer Zeit gebräuchliche Cochenille-Mixtur[2]), deren Wirksamkeit wohl in der Hauptsache auf dem Zusatz von Kal. carbon. beruht. Auch alkalische Mineralwässer wirken in ähnlichem Sinn. Endlich können zu diesem Zweck auch Inhalationen mit Lösungen von Kochsalz oder Natr. carbon. angewendet werden, bei kleinen Kindern in der Weise, dass bei ruhigem Liegen der Spray anhaltend über sie her geht. Ebenso kann man zu Inhalationen verwenden Lösungen von Carbolsäure, salicylsaurem Natron, Bromkalium. Sehr heftige Hustenanfälle erfordern die Anwendung der Narcotica oder Anaesthetica. Kleine Dosen von Morphium oder Opium tragen wesentlich zur Linderung bei; doch sind solche bei kleinen Kindern nur mit grosser Vorsicht und bei Kindern unter einem Jahr überhaupt niemals anzuwenden. In manchen Fällen scheint Belladonna[3]) günstig zu wirken. Eine deutliche Erleichterung der Anfälle habe ich gesehen bei der Anwendung einer Mischung von Aether und Terpentinöl (4 : 1), von der etwa 10 bis 20 Tropfen, auf ein Taschentuch geschüttet, eingeathmet werden.

Von den unzähligen specifischen Mitteln, welche empfohlen worden sind, bewährt sich einigermassen das Chinin, welches in manchen Fällen einen deutlichen Einfluss auf die Heftigkeit und Häufigkeit der Anfälle hat. Statt der gewöhnlichen Chininsalze kann auch das weniger bitter schmeckende Chinin. tannicum angewendet werden, aber in grösserer Dosis (3 mal täglich so viel Decigramm, als das Kind Jahre zählt).

Von grosser Bedeutung ist die Sorge für reine Luft: bei gutem Wetter sind die Kranken, wenn das katarrhalische Stadium vorüber ist und keine das Fieber unterhaltende Complication besteht, möglichst häufig ins Freie zu bringen. Einen günstigen Einfluss hat der Wechsel des Ortes und namentlich Landaufenthalt; doch ist zu berücksichtigen, dass dadurch die Krankheit in bisher freie Gegenden verschleppt werden kann.

Zu der Zeit, wenn die Anfälle schon spontan abnehmen, zeigen alle Mittel, von denen die Kranken etwas erwarten, eine gewisse Wirksamkeit. So können namentlich bei älteren Kindern durch Suggestion jeder Art die Anfälle vermindert werden. In diesem Sinn ist auch wohl die in diesem Stadium unzweifelhafte Wirkung der Elektricität zu beurtheilen, bei der es gleichgültig ist, in welcher Form und nach welcher Methode die Anwendung geschieht. Aeltere Kinder können auch dadurch, dass sie den Hustenreiz möglichst unterdrücken, die Zahl der Anfälle vermindern.

(Zur Behandlung des Krebses.) In der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien vom 13. ds. stellte Prof. Adamkiewicz einen Fall vor, den er nach der von ihm erfundenen, bisher aber geheim gehaltenen Heilmethode behandelt hat. Der Fall betrifft einen Mann, der im inneren Winkel des rechten Auges einen grossen Defect der Haut aufweist, welcher mit einem weissen Häutchen bedeckt ist. Der innere Theil beider Augenlider war vollkommen zerstört, so dass bei Schluss der Lider die Sclera durchschien. An der Stelle, wo diese neue Haut sich befindet, befand sich am 25. August ein wucherndes Epitheliom, das seit vielen Jahren bestand und von vielen Fachmännern gesehen wurde. Unter dem Einflusse der von Adamkiewicz eingeleiteten Behandlung veränderte sich das Bild dermassen, dass am 12. October das Epitheliom nicht mehr vorhanden war. Seither ist die Sache unverändert geblieben. In der Discussion bestreitet Billroth, dass es sich in dem vorgestellten Falle um Heilung handle. Kaposi, der den Patienten seit 10 Jahren kennt, hält das Resultat, das nicht auf einer localen Behandlung, sondern auf der Fernwirkung der angewandten Injectionen beruhe, immerhin für beachtenswerth. (Wr. med. Pr.)

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 17. November. Der vortragende Rath im preussischen Cultusministerium, Wirkl. Geh. Rath Dr. Kersandt tritt zurück. Zu seiner Vertretung ist vorläufig Geh. Med.-Rath Pistor, bisher beim Berliner Polizeipräsidium, berufen. An des letzteren Stelle wurde Med.-Rath Dr. Wernich (Cöslin) mit den Geschäften beim Polizeipräsidium betraut.

— Die wissenschaftliche Deputation für das Medicinalwesen beschäftigte sich in ihrer letzten Sitzung mit der Berathung des Entwurfs einer Desinfectionsordnung.

— Auf dem Schlachthofe in Berlin sind Versuche angestellt worden, finniges Fleisch durch Kochen in geeigneten Desinfectionsapparaten genussfähig zu machen. Die Versuche sind günstig ausgefallen; das in dem Rohrbeck'schen Desinfector gedämpfte Fleisch war schmackhaft und saftreich, die gewonnene Brühe gut. Man hofft auf diese Weise grössere Mengen Fleisch, das bisher dem Verbrauch entzogen wurde, an die arme Bevölkerung abgeben zu können.

— Am 6. ds. feierte Geh. Sanitätsrath Dr. Moritz Meyer in Berlin seinen 70. Geburtstag. Derselbe war einer der ersten, die sich in Deutschland wissenschaftlich mit Elektrotherapie beschäftigten, um welches Specialfach er sich durch zahlreiche literarische Arbeiten bedeutende Verdienste erworben hat. — Am 5. ds. beging der Nestor der Berliner Aerzte, Geh. Sanitätsrath Dr. M. Steinthal, im Alter von 93 Jahren das seltene Fest des 70jährigen Doctorjubiläums. Derselbe war lange Jahre hindurch Vorsitzender der Hufeland'schen Gesellschaft; die Berliner ärztliche Unterstützungscasse verdankt ihm ihre Begründung.

— Die Berliner Academie der Wissenschaften hat in ihrer letzten Sitzung u. A. 4750 M. zur Herausgabe grösserer wissenschaftlicher Werke ausgeworfen. Davon entfielen: 1500 M. auf das Werk »Das Gesetz der Transformation der Knochen« von Prof. Julius Wolff

[1]) Rp. Stibii sulfuret. aurant. 0,5 — Mucil. Gi arab. 20,0 — Aq. dest. 50,0 — Sirup. simpl. 20,0. MDS. Umzuschütteln. 1—2stündlich einen Kaffeelöffel.

[2]) Rp. Coccionell. pulver. 1,0 — Kal. carbon. 3,0 — Sacchar. 10,0 — Aq. destill. 100,0. MDS. 2stündlich 1 Theelöffel bis ein halber Esslöffel.

[3]) Rp. Extr. Belladonnae 0,3 — Aq. destill. 100,0 — Sirup. Ipecac. 25,0 — Vin. stibiat. 10,0. MDS. Täglich 2 bis 6 mal 1 Theelöffel.

(Berlin), 2000 M. auf die »Fortschritte der Physik,« welche die Berliner physicalische Gesellschaft seit 1847 herausgiebt, und 750 M. auf die Bearbeitung der einheitlichen anatomischen Nomenclatur, welche die deutsche anatomische Gesellschaft seit 2 Jahren vorbereitet.

— In Venedig hat am 31. v. M. in dem neuerbauten Crematorium auf San Michele die erste Feuerbestattung stattgefunden.

— Von deutschen Städten über 40000 Einwohner hatten in der 43. Woche, vom 25. bis 31. October 1891, die geringste Sterblichkeit Rostock mit 9,2, die grösste Sterblichkeit Duisburg mit 33,4 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen verstarb an Masern in Kassel, an Scharlach in Chemnitz und Plauen, an Diphtherie und Croup in Duisburg, Frankfurt a. M., Frankfurt a. O., Fürth, Görlitz, Liegnitz, Plauen i. V., Potsdam, Wiesbaden.

— Die beiden grossen, die bayerische Medicinalgesetzgebung darstellenden Werke von Kuby und Martin haben eine gemeinschaftliche Fortsetzung erfahren durch den soeben erschienen III. Band der »Medicinalgesetzgebung im Königreiche Bayern«. Die Verhandlungen über die Verschmelzung der beiden Werke waren noch im Gange, als der eine der beiden Autoren, Martin, dem Werke durch den Tod entrissen wurde. Die Herausgabe des vorliegenden Bandes geschah somit durch Dr. Kuby allein, der auch für eine regelmässige Weiterführung des Werkes Sorge zu tragen beabsichtigt. Der neue Band enthält, ausser dem bekannten Programm der früheren, auch die für die Aerzte interessanten Entscheidungen des Reichsversicherungsamtes. Da eine Sammlung der das Medicinalwesen betreffenden Gesetze, Verordnungen und Entscheidungen etc. für viele Aerzte unentbehrlich ist, so ist die Vervollständigung der Kuby-Martin'schen Werke durch Herausgabe des vorliegenden Bandes als ein dankenswerthes und verdienstvolles Unternehmen zu begrüssen. Der neue Band ist in Verlag von Th. Ackermann in München, dem Verleger des früheren Martin'schen Werkes, erschienen.

— Anlässlich des 70. Geburtstages Rudolf Virchow's ist im Verlag von S. Karger in Berlin eine Biographie Virchow's von W. Becher erschienen, die wir Allen, die sich für den Lebensgang und das Lebenswerk des grossen Forschers interessiren, aufs wärmste empfehlen. In gewandter Darstellung schildert die Studie mit grosser Sachkenntniss und eingehender als dies in den von der medicinischen Presse gebrachten biographischen Skizzen der Fall sein konnte, Virchow's Leben und, an der Hand seiner Werke, seine Bedeutung für die Wissenschaft. Auf die politische Thätigkeit Virchow's wird nicht näher eingegangen. Die 108 Octavseiten zählende Schrift (Preis M. 2.50) dürfte die vollständigste bisher erschienene Biographie Virchow's sein. — Noch zwei andere Werke sind gelegentlich des Virchow's-Jubiläums im gleichen Verlage erschienen, beide von Assistenten Virchow's verfasst und ihm zugeeignet: Oestreich, »Compendium der Physiologie des Menschen« (Preis M. 6) und Langerhans, »Compendium der pathologischen Anatomie« (Preis M. 9). Wir hoffen auf dieselben noch eingehender zurückkommen zu können. — Von dem ebenfalls im Verlage von S. Karger erschienenen »Geburtshülflichen Vademecum« von Dührssen, dessen I. Auflage im März d. J. herauskam, ist soeben die III. Auflage fertig geworden, ein Erfolg, der wohl die Brauchbarkeit des kleinen Buches zur Genüge beweist.

— Die Directoren der 4 Berliner städtischen Krankenhäuser, der allgemeinen Krankenhäuser in Moabit, am Friedrichshain und am Urban sowie der Irrenanstalt in Dalldorf, haben sich vereinigt zur Herausgabe eines »Jahrbuches« nach Analogie des durch den früheren Cultusminister Dr. v. Gossler in's Leben gerufenen »Clinischen Jahrbuches der preussischen Universitäten.«

— In Paris erscheint seit 6. ds. Monats eine neue medicinische Wochenschrift »Le Languedoc Médical.« Dieselbe ist das Organ der medicinischen Facultät zu Toulouse und bezweckt, den Arbeiten der letzteren grössere Publicität zu verleihen.

— Herr Prof. Dr. H. v. Ranke hat die Freundlichkeit, die Herren Collegen auf Mittwoch den 18. ds. Nachmittags 1/24 Uhr zur Besichtigung der neuen Räumlichkeiten des Kinderspitals einzuladen. (Vergl. d. Inserat.)

(Universitäts-Nachrichten.) Berlin. Die Universität hat den Entwurf einer Abänderung der Ferienordnung (vergl. No. 43) abgelehnt. — Giessen. Zum Professor der Botanik an hiesiger Universität, als Nachfolger Heinrich Hofmann's, ward Dr. Adolf Hansen, bisher Privatdocent an der technischen Hochschule in Darmstadt, ernannt. Seine Arbeiten behandeln u. a. die Farbstoffe des Chlorophylls und die Quebracho-Rinde; auch hat er ein Repetitorium der Botanik für Studirende verfasst. — Heidelberg. Der Prof. der Chemie Victor Meyer wurde durch Verleihung der Davy-Medaille der Royal Society in London ausgezeichnet. — Jena. Der Chemiker, Privatdocent und Assistent an dem chemischen Universitätsinstitute zu Strassburg i./E., Dr. Ludwig Wolff, hat einen Ruf an die hiesige Universität erhalten. — Königsberg. Dr. Erwin v. Esmarch, vordem Privatdocent der Bakteriologie in Berlin, ist zum Extraordinarius der Medicin an der hiesigen Universität ernannt worden. — Strassburg. Dr. M. Köppen, Privatdocent der Psychiatrie, ist von hier in gleicher Eigenschaft an die Berliner Universität übergegangen.

Prag. An der hiesigen tschechischen Universität ist eine Professur für Ohrenheilkunde errichtet worden, welche dem bisherigen Privatdocenten Dr. Kaufmann übertragen worden ist.

(Todesfälle.) In Jena starb der ausserordentliche Professor der Pharmacie und landwirthschaftlichen Chemie Dr. Eduard Reichardt im Alter von 64 Jahren; er gehörte der hiesigen Universität seit 40 Jahren als geschätzter Docent an und genoss zugleich eines wohlerworbenen Ansehens als Praktiker. Unter seinen Schriften dürfte die »über die Stassfurter Salzlager« die bekannteste sein.

In Budapest starb am 11. ds. der hervorragende ungarische Augenarzt Dr. Ignatz Hirschler, im Alter von 68 Jahren.

Berichtigung. In dem Referat über den Medicinalbericht von Württemberg in No. 45 ist zu lesen auf S. 800, Sp. 2, Z. 12 von oben: 6 Proc. statt 60 Proc.; ferner ebenda Z. 20 von unten: könnte statt konnte.

Personalnachrichten.

(Bayern.)

Niederlassungen. Dr. Karl Brunner, appr. 1889, Dr. Joh. Kastl, appr. 1889, Dr. Wilh Zäch, k. Assistenzarzt I. Cl., appr. 1887, Dr. Jos. Cassalette, appr. 1891, sämmtlich in München.

Verzogen. Dr. Deppisch von Illertissen nach Pottenstein (Oberfranken; Dr. Heinrich Bally von Hof nach Illertissen.

Versetzt. Der Assistenzarzt I. Cl. Dr. Zäch vom 1. Feld-Art-Reg. zum 1. Train-Bataillon, die Assistenzärzte 2. Cl. Dr. Dieudonné vom 14. Inf.-Reg. zum Inf.-Leib-Reg., Dr. Matt vom 13. Inf.-Reg. zum 1. Feld.-Art.-Reg. und Dr. Götz vom 7. Inf.-Reg. zum 14. Inf.-Reg.

Ernannt. Der einjährig freiwillige Arzt Dr. Richard Wittmann vom 3. Feld-Art.-Reg. zum Unterarzt im 5. Chev.-Reg. und mit der Wirksamkeit vom 1. ds. mit Wahrnehmung einer vakanten Assistenzarztstelle beauftragt; der Oberarzt und erste Assistenzarzt an der Kreisirrenanstalt Karthaus-Prüll, Dr. August Solbrig, zum Bezirksarzte 1. Cl. in Bayreuth.

Erledigt. Die erste Assistenzarztesstelle in der Kreisirrenanstalt Karthaus-Prüll.

Gestorben. Dr. Heinrich Held, k. Oberstabsarzt a. D. in Bayreuth, 57 Jahre alt.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 45. Jahreswoche vom 1. bis 7. November 1891.

Betheil. Aerzte 320. — Brechdurchfall 20 (44*), Diphtherie, Croup 46 (63), Erysipelas 9 (10), Intermittens, Neuralgia interm. 3 (3), Kindbettfieber 3 (3), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 14 (17), Ophthalmo-Blennorrhoea neonatorum 8 (4), Parotitis epidemica 3 (3), Pneumonia crouposa 12 (19), Pyaemie, Septicaemie — (1), Rheumatismus art. ac. 21 (25), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 30 (28), Tussis convulsiva 32 (23), Typhus abdominalis 2 (1), Varicellen 32 (19), Variola — (—). Summa 235 (261). Dr. Aub, k. Bezirksarzt.

Uebersicht der Sterbfälle in München

während der 45. Jahreswoche vom 1. bis 7. November 1891.

Bevölkerungszahl 349,000.

Todesursachen: Pocken — (—*), Masern — (—), Scharlach 3 (4), Rothlauf — (—), Diphtherie und Croup 10 (9), Keuchhusten — (—), Unterleibstyphus — (1), Brechdurchfall 6 (6), Kindbettfieber — (1), Croupöse Lungenentzündung 2 (2), Genickkrampf — (—), Blutvergiftung — (—), Acut. Gelenkrheumatismus — (—), andere übertragbare Krankheiten 2 (—).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 181 (166), der Tagesdurchschnitt 25.9 (23.7). Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 27.0 (24.8), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 15.8 (15.0), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 13.9 (13.4).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Literatur.

(Der Redaction zur Recension eingegangen.)

Aderholdt, A., Die Pflanzennahrung bei dem Menschen. Leipzig, Hartung & Sohn. M. 1. 50.

Frankenburger, Ueber Carbolgangrän. Dissertation. 1 M.

Oertel, M. J., Handbuch der allgemeinen Therapie der Kreislaufstörungen. 4. Aufl. Leipzig, Vogel. 9 M.

Sollier, P., Der Idiot und der Imbecille. Uebersetzt von P. Bric. Hamburg, L. Voss. 5 M.

Bibliotheca medico-chirurgica. 45. Jahrg. H. 2.

Volkmann's Vorträge. H. 32: Spencer Wells, Die Operationen von Gebärmutter-Geschwülsten. H. 31: Spencer Wells, Die moderne Chirurgie des Unterleibes. H. 30: Der gegenwärtige Stand der animalen Vaccination. Leipzig, Breitkopf & Härtel.

Binz, Vorlesungen über Pharmakologie. II. gänzl. umgearb. Auflage. Berlin, Hirschwald. 1891.

Hirschfeld, Grundzüge der Krankenernährung. Ibid.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.